10

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 6 février 1908, à 1 heure

PAR

Henri SEULLIET

DU TRAITEMENT MÉDICAL

DES

INFLAMMATIONS CIRCONSCRITES, AIGUËS DU SEIN

Président : M. CHANTEMESSE, *professeur.*

Juges : MM. RAYMOND et GILBERT, *professeurs.*
CLAUDE, *agrégé.*

PARIS
IMPRIMERIE DES FACULTÉS
A. MICHALON
26, Rue Monsieur-le-Prince, 26

1908

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DEJERINE. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE.
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	QUENU.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	G. BALLET
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	LE DENTU. BERGER. RECLUS. SEGOND.
Clinique opthalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	PINARD. BAR.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (Fern.)	DUVAL (Pierre)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LŒPER	RENON
BROCA (André)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL (che des trav. anat.
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (André)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE (Marcel)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CHANTEMESSE

MÉDECIN DES HOPITAUX
INSPECTEUR GÉNÉRAL D'HYGIÈNE DE FRANCE
PROFESSEUR D'HYGIÈNE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Nous tenons à adresser à nos premiers maîtres de l'École de Clermont-Ferrand l'expression de notre sincère attachement. Tous, et en particulier MM. les Drs Bousquet, du Cazal, Billard, Dieulafé, *et* Dionis du Séjour, *par leur dévouement et leur bienveillance, ont contribué pour une large part à notre éducation médicale.*

A Paris, nous avons eu la bonne fortune de profiter de la dernière année d'enseignement de MM. les professeurs Hayem *et* Guyon, *et nous devons beaucoup à leurs leçons à la fois si savantes et si pratiques. Nous les remercions, sans oublier MM. les professeurs agrégés* Maygrier *et* Marion.

M. le Dr Porak *a bien voulu nous inspirer la thèse que nous présentons ; avec la plus grande amabilité, il nous a ouvert les portes de son service de la Maternité ; il a droit à toute notre reconnaissance ainsi que notre excellent ami,* M. Stern, *interne des hôpitaux, qui, par ses conseils éclairés a facilité notre travail et nous a guidé dans son exécution.*

Enfin, M. le professeur Chantemesse *nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse, nous lui en exprimons notre respectueuse gratitude.*

DU TRAITEMENT MÉDICAL

DES

INFLAMMATIONS CIRCONSCRITES AIGUËS DU SEIN

INTRODUCTION

Guérir les malades en leur imposant le minimum de souffrances physiques et morales, c'est là une des préoccupations les plus vives, les plus humaines, les plus légitimes de la thérapeutique moderne. Les souffrances physiques, grâce aux anesthésiques dont nous disposons, sont aujourd'hui considérablement diminuées. Il n'en est pas absolument de même des douleurs morales. Nombreux sont les gens qui n'ont récupéré leur santé ou conservé leur vie, qu'au prix de mutilations pénibles, dont ils se consolent difficilement.

Pendant nos années d'études, nous avons pu observer un certain nombre d'inflammations aiguës du sein. Beaucoup d'entre elles avaient abouti à la suppuration

et avaient nécessité une intervention chirurgicale. Nous avons vu la plupart des malades ne se résigner à l'incision — aux incisions, devrions-nous dire, car elles sont presque toujours multiples — que le cœur serré et les larmes aux yeux. Guéries, elles quittaient l'hôpital le sein couvert de balafres. La femme tient à son esthétique et ce n'est, certes, pas nous qui le lui reprocherons, bien au contraire. Le médecin doit tenir compte des préoccupations, d'ailleurs si légitimes, de ses malades ; c'est, à la fois, son devoir et son intérêt.

Pour toutes ces considérations, il nous a semblé intéressant de réunir dans ce travail les notions, que l'enseignement journalier de nos maîtres nous ont permis d'acquérir, sur les moyens d'éviter la suppuration d'abord, l'incision ensuite, dans les affections inflammatoires, aiguës du sein. Nous tenons cependant à déclarer, que nous ne nous proposons nullement d'exposer dans cette thèse tous les procédés préconisés, en vue de cette cure délicate. Les uns sont fantaisistes, les autres ne sont pas à l'abri de trop justes critiques. Aussi, est-ce avec une idée bien arrêtée que nous avons volontairement limité notre sujet. Nous envisagerons seulement les procédés que nous avons vu employer devant nous, que nous avons expérimentés nous-même avec succès, ou encore quelques procédés qui, par leur simplicité ou par l'autorité de ceux qui les ont proposés, méritaient toute notre attention.

Presque tous ces procédés sont journellement appli-

qués à la maternité, dans le service de M. le Dr Porak. Beaucoup de nos observations ont été puisées dans les archives de cet hôpital.

Division

Nous diviserons ce travail en quatre parties :

La 1re *partie* sera consacrée au traitement prophylactique. Nous y exposerons les moyens les plus efficaces pour éviter toute inflammation du sein.

La 2e *partie* comprendra les méthodes thérapeutiques capables d'arrêter une phlegmasie dans sa marche vers la suppuration. Et nous verrons que ces moyens, employés avec persévérance et sévérité, permettent presque toujours d'obtenir la guérison avant que le pus ait eu le temps de se collecter.

La 3e *partie* passera en revue les traitements les plus judicieux et les plus sûrs pour évacuer le pus déjà collecté, ou pour en obtenir la résorption et épargner à la femme toute incision du sein.

Dans la 4e *partie* enfin, nous étudierons tous les traitements exposés précédemment, dans leur ensemble. Nous dirons quelques mots du traitement de l'état général et nous arriverons aux *conclusions*.

PREMIÈRE PARTIE

TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE

Ici, comme partout ailleurs, la meilleure façon d'être utile à ses malades c'est encore de prévenir le mal. Et pour cela, il est indispensable de bien connaître toutes les causes prédisposantes, occasionnelles et déterminantes des inflammations du sein. On pourra ainsi opposer, à chacun de ces éléments étiologiques, un traitement préventif utile.

Il est classique depuis Velpeau et Chassaignac, de diviser les inflammations aiguës du sein en inflammations périglandulaires ou paramastites et inflammations glaudulaires, mastites proprement dites, ou galactophorites. Qu'il s'agisse d'une variété ou d'une autre, l'étiologie est presque toujours la même. Toutes deux, mais la dernière surtout, s'observent plus particulièrement à trois époques de la vie : pendant les premiers jours qui suivent la naissance, au moment de la puberté, et pendant la grossesse ou la lactation. Leur cause

principale, c'est la *puerpéralité*. Sur 230 cas, rassemblés par Bryant, Nünn et Billroth, 183 s'étaient développés pendant la lactation, 13 pendant la grossesse et 34 seulement en dehors de ces deux considérations.

De ce qui précède, on peut donc de suite conclure, que les abcès du sein sont l'apanage à peu près exclusif de la femme, et de la femme enceinte ou qui nourrit. Aussi, aurons-nous en vue, dans ce travail, les phlegmasies du sein chez la femme. Nous passerons sous silence celles de l'homme à cause de leur extrême rareté. D'ailleurs le traitement, ne tirant aucun élément du sexe, sera identiquement le même dans les deux cas. Mais nous ne pouvons cependant pas, ne pas nous arrêter un moment à la si curieuse mastite des nouveau-nés, ainsi qu'à celle de la puberté, cette dernière étant d'ailleurs tout à fait exceptionnelle.

Chapitre Premier

PROPHYLAXIE DES MASTITES DES NOUVEAU-NÉS

Il n'est pas rare de voir, chez les nouveau-nés des deux sexes, les mamelles se tuméfier dans les trois premiers jours qui suivent la naissance. La pression en fait sourdre du lait. C'est là un fait très anciennement connu, puisqu'on trouve dans Van Swieten (1) cette opinion étonnante, que, pendant la vie intra-utérine, le fœtus pour se nourrir tette ses propres mamelles. Cet

1. Jourda. *Thèse Paris*, 1899.

engorgement physiologique du sein expose ce dernier à l'inflammation de la glande.

La mamelle devient chaude, rouge, saillante, et douloureuse. Presque toujours bénigne et se résorbant très facilement, la mastite des nouveau-nés peut, dans des cas exceptionnels, il est vrai, s'accompagner de phénomènes généraux très graves, prendre l'allure d'un phlegmon diffus et entraîner la mort.

On conçoit donc toute l'utilité d'une prophylaxie sérieuse, surtout s'il s'agit d'une petite fille, car Depaul a signalé, à la suite de ces mastites, la possibilité du retrait du mamelon, accident qui rendra plus tard l'allaitement impossible. De plus, des cas d'atrophie consécutive de la glande ont été observés par Kœlliker, par Scanzoni.

Comment donc éviter cet accident toujours fâcheux?

Il faut, en premier lieu, éviter *tout traumatisme*, même léger. A plus forte raison devra-t-on *proscrire ces manœuvres brutales*, que certaines sages-femmes ou gardes exécutent sur les seins des nouveau-nés pour vider la glande du lait qu'elle sécrète. Ces manœuvres agissent à la fois comme cause prédisposante et comme cause occasionnelle : d'une part, en effet, elles diminuent la résistance de ces tissus si délicats en leur infligeant une attrition plus ou moins violente ; d'autre part il n'est pas douteux que ce sont les mains qui, en pratiquant ces malaxations sur la glande, y apportent les germes infectieux.

Chapitre II

PROPHYLAXIE DES MASTITES DE LA PUBERTÉ

La mastite de la puberté ressemble absolument à celle des nouveau-nés. Comme cette dernière, elle relève de la congestion physiologique dont la glande est le siège à cette époque de la vie. En général, cette congestion reste discrète, le sein est un peu douloureux et tendu, sensible à la pression des vêtements et en le comprimant on fait sourdre quelques gouttes d'un liquide séreux. Comment prévenir, sur une glande ainsi prédisposée l'inflammation d'ailleurs, hâtons-nous de le dire, exceptionnelle ?

Ce que nous venons de dire de la mastite des nouveau-nés nous dispense de longs développements. Ici comme là, les traumatismes, les grattages sont les causes immédiates de l'inflammation. Les éviter, c'est prévenir tout le mal.

Chapitre III

PROPHYLAXIE DE LA MASTITE DES FEMMES ADULTES

Dans ce chapitre nous aurons presque exclusivement en vue la mastite puerpérale. Et cela pour deux raisons : la première c'est que la prophylaxie de la mastite puerpérale est tellement vaste, tellement minutieuse qu'elle embrasse dans sa sphère toutes les mastites quelles qu'el-

les soient ; la deuxième, c'est que la mastite puerpérale est celle que l'on voit tous les jours, tellement sa fréquence est grande par rapport aux autres mastites. Dans la statistique de Ed. Martin, citée par P. Delbet, on ne compte, sur 150 cas de mastite, que 8 ou 10 en dehors de la lactation. Et dans la statistique de Winckel, citée par le même auteur, on n'en compte que 1 sur 50.

Quant au degré de fréquence absolue de la mastite puerpérale les opinions varient. Winckel (1) donne une proportion de 6 pour cent femmes accouchées. Deiss (2) sur 1.600 femmes accouchées n'en rencontre que 59, ce qui fait une proportion de 3,6 pour 100. C'est là encore un chiffre qui tend à diminuer tous les jours. Ainsi, Tarnier, de 1891 à 1894, n'a pas observé un seul abcès du sein sur plus de 4.000 accouchements.

Et cela, grâce aux moyens prophylactiques que l'illustre clinicien savait employer dans son service.

Quels sont donc ces moyens ?

Avant de les exposer, nous croyons devoir passer en revue les diverses causes productrices d'abcès du sein. Or, nombreuses sont ces causes prédisposantes et multiples sont aussi les causes d'infection, les causes efficientes. Nous envisagerons donc, à ce point de vue, successivement la mère et l'enfant, non sans avoir dit au préalable que les mains de l'entourage (accoucheur

1. Winckel. *Path. u. Therap. des Wochenb.*, 1878.
2. Deiss. *Thèse de Heidelberg*, 1889.

ou garde) doivent être rigoureusement aseptisées avant de toucher le mamelon d'une accouchée.

1° *Mesures prophylactiques concernant la mère.*

C'est surtout chez les primipares, que l'on a à redouter l'apparition des phlegmasies mammaires ; Deiss trouve 50,84 0/0. Encore assez fréquentes chez les secondipares, puisque dans cette même statistique on les rencontre encore en proportions assez considérables (30 à 33 0/0), les mastites puerpérales ne deviennent vraiment rares qu'à partir du quatrième accouchement.

De plus, comme l'a montré Velpeau, le premier, c'est surtout pendant les quatre *premières semaines* qui suivent l'accouchement, que se développent les mastites. Pour Deiss, il y aurait une grande prédominance du huitième au dixième jour. C'est donc pendant les premières semaines qu'il faudra surveiller tout particulièrement la propreté des seins, des deux seins. Car les deux semblent également exposés à être frappés : c'est du moins ce qui ressort des deux opinions diamétralement opposées de Winckel et Kœler d'une part, et d'autre part de celle de Deiss ; les deux premiers auteurs trouvent la mamelle gauche plus souvent prise, Deiss au contraire estimant que c'est la droite. D'ailleurs, il n'est point rare de voir les deux côtés simultanément ou successivement atteints. Les nombreuses discussions pathogéniques n'ont rien inspiré à la prophylaxie. Et,

que l'on admette, avec Duplay, Lannelongue, Tripier (1), Spiegelberg (2), Budin (3), Cataliotti (4), Arbel (5), etc., l'origine canaliculaire des mastites ; ou au contraire leur origine angioleucitique avec Nélaton, Giraldès (6), Billroth, Winckel, Vergeade (7), Bennezon (8), Reissein (9), etc., ou enfin qu'il s'agisse d'une infection par voie sanguine comme les abcès métastatiques — que l'on admette, disons-nous, l'une ou l'autre de ces voies d'apport, les moyens de prévenir les abcès du sein restent les mêmes.

Le volume du sein pourrait constituer une cause prédisposante, comme l'a montré Velpeau. Les femmes à mamelles lourdes, pendantes, mal soutenues, devront donc être l'objet d'une surveillance attentive, et un bandage bien appliqué devra corriger dans les limites possibles les inconvénients qui pourraient résulter d'une pareille conformation. Le pansement imaginé par Lequeux (8) pourra être utilement employé. Ce pansement se compose d'une bande de toile d'environ 2 mètres de

1. Tripier. *Dictionn. encyclop. des Sciences médicales*, 2e série, tome IV.
2. Spiegelberg. *Lehrbuch der Geburtshülfe*, 1882.
3. Budin. *Cours de Clinique obstétricale*, Paris, 1889, p. 438.
4. Cataliotti. *Thèse Paris*, 1889.
5. Arbel. *Thèse Paris*, 1890.
6. Giraldès. *Gazette des Hôp.*, 185 .
7. Vergeade. *Thèse Paris*, 1881.
8. Bennezon. *Thèse Paris*, 1884.
9. Reissein. *Thèse Paris*, 1884.
8. Lequeux. *Soc. de l'Internat des Hôp. de Paris*, 26 avril 1906.

long sur 40 centimètres de large. Cette bande est fendue dans sa longueur par moitié, à partir de chaque extrémité jusqu'à 10 ou 20 centimètres du centre. La partie pleine, médiane, doit être appliquée sur la région présternale; chacun des chefs inférieurs, croisé en arrière, est repassé sur l'épaule correspondant au croisement et attaché à ce premier tour de poitrine; les deux chefs supérieurs sont, ensuite, croisés en arrière et ramenés en avant où on les attache ; on obtient de la sorte une pression régulièrement répartie, susceptible d'être journellement maintenue sans avoir à refaire le pansement. D'autre part, il est facile de continuer l'allaitement d'un ou des deux seins, puisque le mamelon reste facilement à découvert entre les deux chefs de bande.

La *stase laiteuse* est un élément sur lequel tous les auteurs ont insisté. La mamelle, comme toutes les autres glandes de l'économie, le foie ou le rein par exemple, offre aux agents pathogènes une résistance beaucoup moins efficace, lorsque le produit de sa sécrétion est en état de rétention. Cet engorgement glandulaire est assez fréquent dans les premiers jours qui suivent l'accouchement et serait peut-être plus commun chez les femmes qui cessent brusquement d'allaiter. Mais cette stase laiteuse, à elle seule, peut-elle produire l'inflammation du sein ? Evidemment non, bien que pour Lochlein (1) et Otto Künster (2) la chose soit parfaitement possible. Mais on ne saurait contester que

1. Lochlein. *Zeitsch f. Geb. u. Gyn.* 1883, t. XI, p. 440.
2. Otto Kunster. *Arch. f. Gyn.*, 1884, t. XXII, p. 291.

l'ascension des micro-organismes le long des canaux galactophores est plus facile quand le lait reste stagnant que lorsqu'il est régulièrement extrait. C'est donc de la bonne prophylaxie que de s'opposer à la stase laiteuse en exprimant la glande dès que l'on sent ses lobes devenir lourds, indurés et douloureux.

Les *mains* de l'accouchée devront être aussi propres que possible. Nombre de mastites sont dûes aux micro-organismes que contiennent fréquemment les lochies, ainsi que l'a démontré Doléris ; les mains de la femme étant dans ces cas-là souillés par les lochies.

Une condition étiologique de premier ordre, ce sont les *crevasses* et les *gerçures* du mamelon. Plus de la moitié des abcès du sein se sont développés à la suite d'excoriations préexistantes du mamelon ou de l'aréole. Les microbes pathogènes apportés sur le mamelon trouvent dans ces petites plaies des milieux de culture excellents. Comme le fait remarquer Delbet (1), ils « s'y embusquent, s'y développent, prêts à gagner les canaux galactophores si l'occasion se présente ; les fissures constituent ainsi un réservoir sans cesse préparé à verser l'infection. »

Si, d'autre part, on considère que les fissures obligent souvent à suspendre l'allaitement, on conçoit toute l'importance étiologique des fissures et crevasses du mamelon.

Comment donc les éviter et comment les faire disparaître une fois qu'elles sont apparues ?

1. Delbet. *Traité Duplay et Reclus*, t. V, p. 803.

Étant donné que les crevasses se montrent surtout du deuxième au quatrième jour du post-partum, il s'ensuit que les moyens préconisés pour les prévenir doivent être appliqués avant l'accouchement, dans le cours de la grossesse ou à la fin.

Il faut avant tout régler l'heure des tétées, et épargner au mamelon tout traumatisme dans leur intervalle. S'agit-il de femmes à peau délicate, on pourra essayer de rendre leur épiderme plus ferme, plus résistant, de tanner le mamelon, en un mot, et employer pour cela des préparations astringeantes.

Dubois faisait faire, pendant le mois qui précédait l'accouchement, des onctions avec l'une des pommades suivantes :

Tannin	4 grammes
Axonge	30 —

ou bien

Huile d'amandes douces. . . .	
Beurre de cacao.	ââ parties égales.
Tannin	

Cazeaux préférait les lotions astringeantes et toniques, qui augmentent la densité, émoussent la sensibilité des téguments : l'eau froide ou l'eau fortement salée, la décoction de quinquina, etc., etc.

Tarnier préconisait les lotions savonneuses des seins avec application de compresses trempées dans du bichlorure d'hydrargyre.

Pinard et Varnier ont utilisé l'eau boriquée simple ou alcoolisée.

Toutes ces lotions, bien que préférables aux pomma-

des qui tachent le linge et rancissent, ne sont pourtant pas sans inconvénient, lorsqu'on en abuse ; car elles peuvent dépasser leur but et enlever au mamelon sa souplesse, ce qui constituera une gêne certaine au moment de l'allaitement.

Aussi, nombreux sont les praticiens qui renoncent à tous ces moyens et n'ont recours, comme traitement prophylactique, qu'à la propreté constante et rigoureuse des mamelons. Dans ce but, avant et après chaque tétée, ils lavent soigneusement le mamelon avec une solution faiblement antiseptique : eau chaude additionnée d'eau-de-vie, de sulfate de zinc, d'acide borique, etc.

Mais ce qu'il faut impitoyablement proscrire, ce sont les pansements humides dans l'intervalle des tétées. Car l'humidité provoque la macération de l'épiderme qui peut aboutir à la formation de crevasses. En revanche, un pansement sec aseptique ne peut présenter que des avantages. Aussi, entre les tétées on appliquera sur le sein une compresse de gaze stérilisée de la dimension d'une paume de main ; puis, une légère couche de coton hydrophile et une autre de coton ordinaire, le tout maintenu en place par un bandage de corps ou, mieux, par le bandage de Lequeux, dont nous avons déjà exposé plus haut l'utilité. On pourra aussi, à défaut d'une bande suffisamment longue, insinuer dans le pli thoraco-mammaire deux petits coussins en forme de croissants et confectionnés avec de l'ouate et de la toile ; ces coussins fixés eux-mêmes à l'aide du bandage de corps maintiendront très bien les seins relevés.

Malgré ces nombreuses précautions les crevasses peuvent apparaître, et il s'agit alors de les traiter. On fera ainsi une excellente prophylaxie, car, nous l'avons déjà dit, ce sont elles qui constituent la plus redoutable amorce pour les abcès du sein. Il faut intervenir vite, non seulement dans l'intérêt de la mère, mais aussi dans celui de l'enfant. D'une part, en effet, la mère court le risque de voir son sein s'infecter, d'autre part cette petite érosion, si minime, si insignifiante en apparence, peut obliger la mère, à cause des douleurs plus ou moins vives qui en résultent à priver son enfant de l'aliment le plus précieux.

Aussi les traitements sont-ils nombreux qui s'efforcent de guérir sûrement et rapidement ces petites fissures pleines de menaces.

Déjà Mauriceau, en 1712, conseillait la suppression de l'allaitement. Quant au traitement local des mamelons, « on les bassinera avec de l'eau plantaire, mettant pardessus de petits linges bien mollets et trempés dans ces eaux ; ou on se servira de quelque emplâtre de poudre d'amidon. » Souvent il recouvrait le bout de sein d'un chapeau de cire, de bois ou de plomb.

Trousseau se servait pour cautériser de l'une des deux solutions suivantes :

1	Nitrate d'argent.	3 centigrammes.
	Eau distillée.	30 grammes.
2°	Sulfate de cuivre.	5 centigrammes.
	Eau distillée.	30 grammes.

Lorsque ces moyens échouaient, Startin, de Londres, employait :

Bicarbonate de soude.	2 à 4 grammes.
Glycérine purifiée.	15 grammes.
Eau distillée de roses.	225 grammes.

Stolz avait bien recours aux cautérisations avec le crayon de nitrate d'argent, mais faisait immédiatement après une lotion à l'eau froide. Comme Meissner et Scanzoni, il avait remarqué que le froid, appliqué sur le mamelon, calmait les douleurs dont ce dernier était le siège.

Velpeau employait beaucoup la solution de nitrate d'argent à 1 pour 10 ou, encore, de l'eau de guimauve, une solution d'alun ou de la glycérine. Si les douleurs étaient vives, il se trouvait bien de l'emploi du liniment oléo-calcaire. Quand il voulait agir plus énergiquement, il prescrivait le sulfate de zinc :

Sulfate de zinc.	30 centigrammes.
Eau distillée.	30 grammes.

Contrairement à Mauriceau, il conseillait de ne jamais cesser l'allaitement. « Quand il n'y aurait qu'un sein de pris, il convient de ne pas supprimer la lactation du côté malade ; si la femme ne donne plus à téter, la sécrétion du lait continuant entretient dans la mamelle une chaleur, un gonflement, une tension, un engorgement tels que les gerçures et les excoriations en sont

exaspérées, qu'il y a bientôt menace de phlegmon et d'abcès. Si donc il n'y a pas d'autres contre-indications on doit tout essayer contre les gerçures avant de renoncer à l'allaitement. Mais si la maladie résiste, si la femme continue d'en être profondément impressionnée, si le nouveau-né devient malade ou maigrit, il vaut mieux aller chercher une nourrice. »

Dubois, après avoir rejeté le beurre de cacao, qui agit trop lentement, le collodion, qui présente l'inconvénient de se laisser détacher par les tétées suivantes, le créosote dont l'odeur repoussante fait refuser le sein par l'enfant, arrête son choix sur la cautérisation associée à la suppression de l'allaitement. Et encore, n'a-t-il recours à ce dernier traitement qu'avec timidité, puisqu'il le croit capable de devenir la source d'une inflammation phlegmonneuse de la mamelle.

Lorain soutenait le sein avec un bandage, faisait essuyer le mamelon après chaque tétée, et laver ensuite à l'eau chaude. De plus, il se servait du collodion en couche épaisse pour protéger le bout de sein du contact de l'air, de la salive du nourrisson et des tractions continues exercées pendant la succion.

Churchill recommandait le nitrate d'argent, en ayant bien soin de laver le sein avant d'y mettre l'enfant.

Johnson conseillait l'emploi simultané ou non de la lotion et de la pommade suivante :

1° Borax	8 grammes.	
Craie préparée	5 —	
Alcool	ââ 60 gr.	
Eau de rose		

pour lotion.

2° Cire blanche	16	grammes
Huile d'amendes douces.	30	—
Miel	15	—

faire fondre à une douce chaleur et ajouter graduellement :

Beaume du Pérou	8	gr.

pour faire un onguent.

Charrier employait deux solutions d'acide picrique : l'une à 1 0/0, l'autre à 10/00; un badigeonnage par jour avec la première et un autre avec la seconde après chaque tétée. Il aurait vu ainsi les douleurs s'atténuer très rapidement.

Vinay appliquait l'aristol sous forme de pommade ou de collodion à 10 0/0 ; la douleur cesserait ainsi dès le deuxième jour et la cicatrisation serait complète au quatrième. De plus ces préparations ont une odeur agréable et leur emploi serait sans danger aucun ni pour la mère ni pour l'enfant.

Avec Audebert, le stérésol est à son tour utilisé pour combattre les érosions du mamelon, grâce au pansement agglutinatif que constitue ce produit. Le stérésol est, en effet, un vernis antiseptique imaginé par Berlioz ; c'est une solution alcoolique de gomme laque et de benjoin à laquelle on ajoute 10 0/0 de phénol, de la saccharine et de l'essence de cannelle. Audebert faisait surtout valoir les cinq propriétés suivantes du stérésol :

1° Par ses propriétés antiseptiques il accélérerait la cicatrisation de la fissure ;

2° L'isolement met à l'abri des germes extérieurs et prévient les complications septiques ;

3° Il supprime le contact des lèvres de l'enfant, supprime aussi la douleur et permet de continuer l'allaitement ;

4° En l'appliquant uniquement sur les points malades, on laisse à nu l'ouverture des canaux galactophores, et on permet l'excrétion du lait ;

5° Enfin, il serait inoffensif pour le nouveau-né.

Il ne lui reconnaît qu'une seule contre-indication : la multiplicité des érosions mamelonnaires, car on pourrait ainsi obstruer les canaux galactophores et supprimer brusquement l'excrétion du lait.

La plupart des traitements que nous venons de passer en revue ne résistent pas aux critiques très judicieuses qu'on leur a adressées. Aussi, presque tous sont-ils abandonnés. Celui de Audebert, qui présentait, d'après son auteur, de si sérieux avantages, a été essayé par Oui, qui n'hésite pas à en proclamer l'inutilité absolue.

D'autres auteurs ont surtout en vue la douleur qui accompagne les crevasses du mamelon.

Dans cet ordre d'idées, Hergott, de Nancy, a préconisé les badigeonnages de cocaïne, à l'époque où on commençait à expérimenter les effets thérapeutiques de cette substance. L'idée de Hergott était, sans doute, parfaitement logique ; il voulait anesthésier les filets nerveux dont les extrémités sont mises à nu dans le fond des érosions du mamelon. Il badigeonnait donc

la surface malade, à plusieurs reprises, avec un pinceau imbibé d'une solution de cocaïne à 4 0/0 ; dix minutes après, les parties érodées étaient lavées à l'eau bouillie. La douleur était ainsi atténuée, mais l'action calmante était d'une durée fort variable, et, dans tous les cas n'était que passagère. De plus, le processus de cicatrisation était peu influencé par la cocaïne.

Beaucoup d'auteurs, après Hergott, ont eu recours à la cocaïne, mais ils y ont vite renoncé, tant à cause de la toxicité pour la mère et l'enfant, qu'à cause de la crainte de voir se tarir la sécrétion lactée. Quénel, en effet, a signalé un cas de suppression de la sécrétion lactée à la suite de lotions sur le mamelon avec une solution de chlorhydrate de cocaïne (1).

M. Maygrier a beaucoup vanté les propriétés de l'orthoforme, qui serait à la fois, analgésique, antiseptique et d'une innocuité parfaite. La technique de son emploi est fort simple : on insuffle la poudre d'orthoforme sur toute l'étendue de la plaie, ou mieux, on applique sur le mamelon une compresse sèche saupoudrée de cette poudre. L'innocuité de cette substance étant absolue, on peut la répandre à profusion sur les surfaces érodées, aussitôt après chaque tétée. Avant de remettre l'enfant au sein, il suffit de laver le bout du sein avec un tampon trempé dans de l'eau boriquée chaude. Avec ce traitement, M. Maygrier aurait obtenu la guérison en quatre ou cinq jours.

1. Quénel, Soc. médicale de Nantes, *Mercredi médical*, 20 septembre 1893.

M. Pinard, dès 1883, eut recours, à Lariboisière, au pansement humide, et, parmi les différents antiseptiques, il choisit le plus inoffensif, l'acide borique à 3 0/0.

Tarnier, depuis 1889, employait les pansements humides au sublimé à 1 p. 5.000, appliqués sur le mamelon en permanence. Mais, avant chaque tétée, il lavait la surface malade à l'eau bouillie simple.

M. Lepage (1) essaya, en 1894, à la clinique Beaudelocque, une solution composée de :

Glycérine	500 gr.
Eau stérilisée.	450 gr.
Alcool	50 gr.
Biodure de Hg.	10 à 20 c.
Iodure de potassium	QS

« Dès que la femme, dit M. Lepage, est transportée dans la salle des accouchées, on lave avec soin les mamelles et la région aréolaire. Ce lavage, chez la plupart des femmes, n'est pratiqué qu'avant la première tétée ; chez celles qui présentent des crevasses, on maintient le pansement en permanence dans l'intervalle des têtées ».

« Dès qu'une femme commence à souffrir du mamelon pendant les tétées, on applique un pansement ; pour cela, aussitôt que l'enfant est retiré du sein, on lave le mamelon avec du coton antiseptique imbibé de la mixture ; on met par-dessus une compresse boriquée, du

1. Lepage, *Revue d'hygiène*, 1894.

taffetas gommé, de l'ouate et un bandage de corps pour maintenir le tout. »

« Au moment de la tétée suivante, on défait le bandage de corps ; on enlève le pansement que l'on tient replié dans le carré de taffetas gommé, puis, avec un tampon imbibé de la solution boriquée tiède, on essuie avec soin le mamelon et la région péri-mammaire, et l'enfant est mis au sein. »

D'après M. Lepage, ce pansement « constitue la véritable prophylaxie de la lymphangite, et, par suite, des abcès du sein ».

Mais tous ces pansements humides, quelle qu'ait pu être leur efficacité entre les mains de ceux qui les ont préconisés, sont passibles d'un grave reproche ; ils occasionnent la macération du mamelon et, de ce fait, ils ont pu, dans de trop nombreux cas, non seulement entretenir les lésions existantes, mais encore favoriser la production d'érosions nouvelles.

Aussi M. Wallich a-t-il renoncé depuis longtemps au pansement humide. De plus il a rejeté l'acide borique dont l'efficacité est douteuse ; le sublimé, dont l'action toxique peut être dangereuse pour la mère et pour l'enfant. Et il a accordé toutes ses faveurs à l'eau oxygénée.

Cet antiseptique offre des avantages incontestables. Son action est puissante ; vis-à-vis du nourrisson, son innocuité est absolue : entre les mains de M. Wallich (1), ses résultats ont été des plus encourageants.

Il utilise l'eau oxygénée à douze volumes, coupée de

1. Wallich, *Pratique médico-chir.* de Brissaud, Pinard, Reclus.

moitié d'eau. Aussitôt qu'une femme présente une légère érosion du mamelon, elle est soumise au traitement. Immédiatement avant chaque tétée, la nourrice nettoie soigneusement son mamelon, soit avec un tampon d'ouate hydrophile, soit avec une compresse, imbibée d'eau stérilisée, puis elle essuie le mamelon.

Après la tétée, nouveau lavage à l'eau stérilisée, suivi d'un autre à l'eau oxygénée. On essuie soigneusement le mamelon, puis on recouvre le sein d'une ou deux compresses stérilisées, d'ouate hydrophile et on maintient le tout à l'aide d'un bandage de corps. Un dernier et excellent moyen, permettant d'accorder au mamelon un repos relatif, sans pour cela cesser l'allaitement, c'est l'emploi des bouts de sein en verre. Celui de Bailly est le plus communément utilisé. « Lorsque le mamelon présente des solutions de continuité assez étendues, disent MM. Ribemont-Dessaignes et Lepage dans leur traité, facilement saignantes et que l'enfant absorbe du sang en même temps que le lait, il y a avantage à recourir temporairement à un bout de sein artificiel, qu'il faut maintenir en permanence, pendant l'intervalle des tétées, dans de l'eau boriquée saturée ou dans une solution alcaline. »

On a pourtant fait à ce petit appareil quelques reproches. Il exige une grande propreté et il est souvent difficile de persuader les nourrices de cette nécessité. La succion est plus difficile avec le bout de sein artificiel, elle doit être prolongée pour que l'enfant obtienne la quantité de lait nécessaire à un repas. Obligé de faire des efforts qui le fatiguent, et qui ne seraient pas

sans influence sur son appareil pulmonaire, le nourrisson se décourage et dépérit.

Nous croyons, pour notre part, que tous ces reproches, tout en contenant beaucoup de vérité, ne doivent pas faire renoncer aux excellents services que rendent les bouts de sein artificiels. Les avantages qu'on en retire dépassent, et de beaucoup, les inconvénients qui leur sont imputés. La mère voit sa douleur, au moment de la succion, diminuer fortement, disparaître presque, et la cicatrisation fait des progrès rapides, une fois le mamelon débarrassé des traumatismes causés par la bouche de l'enfant. Ce dernier n'est pas privé du lait de sa mère ; et s'il est exact que son alimentation se fait dans des conditions un peu difficiles et fatigantes, il n'en est pas moins vrai que c'est une mesure transitoire, d'une durée généralement brève, et par suite incapable de compromettre réellement la santé de l'enfant.

Nous ne voulons pour preuve de l'utilité de cet appareil que les beaux résultats obtenus ainsi à la Maternité de Paris.

MM. Porak et Macé y emploient en effet le traitement suivant :

Dès qu'une femme se plaint de souffrir, lorsque son nourrisson prend le sein, on lui donne un bout de sein en verre. L'enfant, au début, est un peu hésitant ; mais il s'habitue très vite, surtout s'il est robuste.

Dans l'intervalle des tétées, le sein est recouvert d'une compresse stérilisée sèche, et soutenu par un bandage de corps. Enfin, deux fois par jour, on badigeonne très

légèrement les crevasses à l'aide d'un petit tampon trempé dans la teinture d'iode. Nous nous étonnons de ne pas avoir rencontré un plus grand nombre d'auteurs conseillant l'usage de l'excellent médicament qu'est la teinture d'iode. En quelques jours, trois à cinq en moyenne, tout rentre dans l'ordre et l'enfant peut être remis au sein.

Telle est la méthode très simple du traitement que l'on fait à la Maternité. Il est facile, commode, à la portée de tous. Il n'offre pas les inconvénients des substances toxiques employées dans le même but et n'altère pas la peau du mamelon comme les pansements humides. Il mérite d'être préféré aux autres traitements à cause de sa simplicité, de son efficacité et de son innocuité absolue.

2° *Mesures prophylactiques concernant le nourrisson.*

Nous n'avons eu, jusqu'ici, en vue que les moyens prophylactiques s'adressant à la mère elle-même. Ce sont les plus importants, mais non les seuls utiles. L'enfant peut, dans certains cas, être la source unique de bien des complications inflammatoires frappant la glande mammaire maternelle.

La bouche de l'enfant est un milieu septique, comme l'ont montré les recherches de Kehrer (1) portant sur soixante nouveau-nés. Chaque fois que l'enfant prend

1. Kehrer. *Thèse de Heidelberg*, 1889.

le sein, celui-ci se trouve donc en contact avec des agents pathogènes ; et la glande mammaire n'est pas apte à se défendre efficacement contre l'action de ces germes, puisqu'elle est incapable d'évacuer elle-même son contenu. Dans l'immense majorité des cas, cependant, l'infection n'a, fort heureusement, pas lieu. Mais, qu'une circonstance imprévue vienne exagérer la septicité de la bouche de l'enfant, et le danger pour la mère deviendra très grand.

Ainsi, un enfant dont Legry (1) rapporte l'observation était atteint d'un phlegmon parotidien qui s'ouvrit dans la bouche. Quelques jours après, on pouvait constater, dans les deux seins de la mère, de la galactophorite.

Ce n'est pas uniquement par la bouche que l'enfant peut infecter sa mère. Chez ceux qui sont atteints d'ophtalmie purulente, le pus coule sur les joues et de là peut aller souiller le mamelon. C'est ce que l'on constate, par exemple, dans une autre observation de Legry. On ne saurait donc trop multiplier les précautions propres à éviter la contamination de la mère. Pendant les tétées, les seins seront recouverts d'une compresse épaisse ; seul, le mamelon restera accessible à la bouche de l'enfant. Les yeux de celui-ci seront eux-mêmes masqués par une autre compresse. Enfin on recommandera à la mère la plus rigoureuse propreté et on lui révèlera le danger que constitue pour elle le pus de son enfant.

1. Legry. *Progrès médical*, 27 août 1887.

DEUXIÈME PARTIE

TRAITEMENT DES MAMMITES AIGUËS AVANT LA SUPPURATION

Trop souvent l'ignorance des malades ou leur insouciance ont rendu impossible ou incomplet tout traitement prophylactique. La glande est enflammée, le mal est fait. Il s'agit alors d'enrayer la marche de la phlegmasie, d'éviter à tout prix la formation d'une collection purulente.

Mais à quoi reconnaître que la glande mammaire est le siège d'une mastite ?

Nous passerons sous silence les phénomènes généraux, fièvre inappétence, etc., qui sont communs à toutes les infections puerpérales, utérines, mammaires ou autres. L'examen local seul pourra nous autoriser à faire le diagnostic, et nous incitera à mettre en œuvre sans retard le traitement approprié.

Depuis Jean-Louis Petit, mais surtout à la suite des travaux restés classiques de Velpeau et Chassaignac, on

divise les inflammations aiguës du sein en inflammations périmammaires, extraglandulaires ou paramastites et inflammations intra-mammaires, mastites proprement dites ou galactophorites. Ce dernier terme proposé par Budin est, selon la remarque de M. Delbet, « très expressif, mais a peut-être le tort de laisser croire que les lésions ont leur siège exclusif ou principal au niveau des conduits galactophores, tandis que c'est dans les parties profondes de la glande, dans les acini qu'elles atteignent leur maximum. » Tout en nous associant pleinement à la réserve faite par M. Delbet, nous retiendrons cependant cette dénomination ; car ce qui caractérise, cliniquement, les abcès intraglandulaires et les différencie des autres, c'est avant tout l'écoulement provoqué de pus par le mamelon, par les canaux galactophores.

Quoi qu'il en soit, l'examen du sein nous révèle l'existence d'une tumeur à caractères un peu différents suivant la variété de mammite à laquelle nous avons affaire.

La mammite est-elle *extra-glandulaire*. On constate alors, sous une peau généralement déjà rouge, mais pouvant aussi avoir conservé une coloration parfaitement normale, une tuméfaction qui est nettement superficielle. Elle soulève la peau, forme une bosselure surajoutée à la glande, est douloureuse au toucher. Les ganglions axillaires sont presque constamment engorgés. Enfin — et c'est là un caractère négatif qui n'est pas sans intérêt — l'expression de la glande ne fait point sourdre de pus par le mamelon.

Il existe une variété de mammite extra-glandulaire à symptomatologie un peu spéciale : c'est le phlegmon sous ou rétro-mammaire. Nous n'aurons en vue ici, bien entendu, que le phlegmon circonscrit ayant son siège dans ce tissu lâche rétro-mammaire que Chassaignac a décrit comme une véritable bourse séreuse. Trop loin de la peau pour que celle-ci soit altérée dans sa coloration, les abcès rétro-mammaires se caractérisent précisément par une peau dépourvue de rougeur, mais chaude et sillonnée de traînées bleuâtres formées par les veines superficielles distendues. Le sein est projeté en masse en avant, sans altération de sa forme propre. Bien entendu, ici comme dans la variété précédente, l'expression du sein ne ramène pas de pus.

Enfin, la mammite *intra-glandulaire* sera assez facilement reconnue grâce à beaucoup de symptômes, dont quelques-uns sont caractéristiques. Le début en est souvent obscur et on saisit difficilement la transition entre l'engorgement laiteux et la mastite. Généralement cependant, l'état général est manvais, il y a des malaises, la température monte à 38°5, 39° ou 40°. Le sein devient plus lourd, la douleur plus aiguë. Les pressions, même légères, provoquent une exacerbation manifeste des phénomènes subjectifs. « Les malheureuses femmes, dit Delbet, dont le visage altéré exprime une vive angoisse, sont sans cesse préoccupées à protéger leur poitrine de toute secousse et de tout contact. »

Localement, la mamelle s'est tuméfiée et un peu déformée. Mais la peau est restée normale et les ganglions de l'aisselle sont restés intacts. A la palpation, on cons-

tate une tumeur globuleuse, du volume d'une noix, d'un œuf ou d'une mandarine, ayant une surface granuleuse et de contours peu nets. Elle est solidaire avec la glande dont elle suit tous les déplacements. La pression est douloureuse, nous l'avons dit, et fait sourdre par le mamelon un mélange de lait et de pus. Ce dernier n'est pas toujours facile à reconnaître bien qu'il soit généralement plus gris que le lait et moins opaque. Grâce à l'artifice recommandé par Budin, la confusion sera évitée : le liquide exprimé par le mamelon est reçu sur un morceau de coton hydrophile. Le lait y pénètre plus vite, plus profondément, plus largement ; le pus y reste plus superficiellement, comme en relief, pénètre moins et moins vite. De plus, comme le fait remarquer Budin, le pus quitte le mamelon d'une façon un peu spéciale. Le lait, en effet, à mesure qu'il sort, coule, entraîné par sa fluidité. Le pus, au contraire, s'accumule d'abord à l'orifice du conduit, puis seulement lorsque sa masse est suffisante, tombe par son poids.

Ce signe, écoulement de pus par le mamelon, est d'une importance capitale. On le recherchera donc avec beaucoup d'attention. Budin surtout, après Chassaignac, a beaucoup insisté sur sa valeur. A lui seul, il permet de diagnostiquer, non seulement la mammite, mais encore la variété intra-glandulaire. Ajoutons, enfin, qu'il est extrêmement précoce ; il existe, en effet, déjà, alors qu'aucune collection purulente n'est encore constituée, qu'aucune fluctuation n'est perceptible.

Nous venons d'esquisser rapidement les trois grandes variétés cliniques de mammites :

1° Variété extra-glandulaire superficielle ;
2° — — rétro-mammaire ;
3° — intra-mammaire.

Le même traitement ne saurait convenir toujours à ces trois formes différentes. Hâtons-nous, tout d'abord, d'éliminer les phlegmons rétro-mammaires de notre sujet. Nous n'oserions pas, en effet, conseiller le traitement médical dans cette variété de mammite. Et cela pour plusieurs raisons. D'abord, parce que nous n'avons pas eu l'occasion d'appliquer ni de voir appliquer les moyens purement médicaux pour combattre cette espèce de phlegmasie. Ensuite nous ne devons pas oublier que la marche du phlegmon rétro-mammaire est extrêmement rapide, que les complications possibles sont promptes à survenir et revêtent un caractère de gravité tout particulier. Enfin, comme l'incision est faite, ici, généralement dans le sillon thoraco-mammaire, est-il vraiment nécessaire d'éviter le traitement chirurgical à tout prix? Évidemment non, puisque la cicatrice sera dissimulée très aisément sous le sein.

Restent la mammite extra-glandulaire superficielle et la mammite intra-glandulaire. Seule cette dernière pourra bénéficier de l'expression de la glande car, seule, elle est en continuité, en communication avec les canaux galactophores. Tous les autres traitements que nous décrirons seront indifféremment applicables à l'une ou l'autre de ces deux variétés.

Ces remarques étant faites nous allons passer en revue successivement les traitements suivants :

1° Compression ;
2° Expression ;
3° Réfrigération ;
4° Méthode de Bier ;
5° Sérothérapie.

Chapitre premier.

DE LA COMPRESSION

Le meilleur moyen, dit Varnier, de juguler l'inflammation des lymphatiques ou des canaux galactophores, même lorsqu'elle est bien établie, est de mettre le sein malade au repos absolu, de le recouvrir d'un pansement boriqué et de l'immobiliser avec le *bandage ouaté compressif* de Gosselin. Ce bandage doit être laissé en place pendant quarante-huit heures, après quoi tout rentre dans l'ordre lorsque la compression a réussi.

Malheureusement, la compression réserve trop souvent de grosses déceptions. Sans doute, quelquefois elle suffit. Mais trop souvent aussi, les douleurs persistent, ou deviennent lancinantes, la fièvre augmente, la tuméfaction s'accroît et le pus se forme. Aussi, nombre d'auteurs renoncent à la compression simple, de même qu'ils refusent d'appliquer les anciens cataplasmes de Boyer, de Cooper, de Levret, de Gosselin ou de se contenter uniquement des pulvérisations antiseptiques continues de Verneuil. Et, d'emblée, ils ont recours à l'une des méthodes que nous allons exposer.

Chapitre II

DE L'EXPRESSION

Traitement des plus simples, et ayant à son actif des succès déjà très nombreux, l'expression a été employée pour la première fois par Chassaignac (1). Ce dernier ne l'avait d'ailleurs que peu appliquée et ne croyait guère à son efficacité.

Ce procédé de Chassaignac, oublié depuis longtemps, fut tout à coup et presque simultanément conseillé à nouveau par Marsch et Budin ; c'est à ce dernier surtout, que revient le mérite d'avoir, après Chassaignac, appelé l'attention des chirurgiens et des accoucheurs sur ce traitement qu'il a vulgarisé, améliorant ainsi le pronostic des mammites autrefois si redoutable.

Rappelons encore une fois que l'expression ne peut et ne doit s'appliquer qu'aux seules mammites intra-glandulaires, et voyons maintenant la manœuvre telle que l'enseigne Budin : le pouce et l'index sont appliqués sur le sein à une certaine distance du mamelon, près de la circonférence de l'aréole. On appuie d'abord d'avant en arrière, de la surface vers les parties profondes ; puis, tout en continuant à presser, on approche les doigts jusqu'à la base du mamelon et ce dernier est lui-même comprimé d'arrière en avant. De la sorte, les

1. Chassaignac. *Traité de la suppuration*, tome II, p. 261.

substances contenues dans la partie ampullaire des canaux galactophores sont refoulées par la pression vers la partie rétrécie de ces mêmes canaux ; cette partie rétrécie chemine dans l'intérieur du mamelon et aboutit à l'extérieur ; on réussit ainsi à amener à l'extérieur le contenu des canaux galactophores. S'il n'y a qu'une faible quantité de pus, on le voit sortir sous la forme de filaments grisâtres, jaunâtres, qui s'échappent par l'extrémité du canal galactophore ; il forme comme un petit ver plus ou moins isolé au milieu du liquide séreux qui s'écoule par les conduits voisins ; une fois l'orifice du canal désobstrué, la matière purulente est exprimée un peu plus facilement. Il ne faut pas oublier de prolonger l'expression du sein jusqu'à ce qu'on ait fait sortir quelques gouttes de pus. S'il sort en abondance dès le début de l'opération, il faut, autant que possible, évacuer la totalité du pus. C'est à cette condition que l'on obtiendra un résultat. Dans certains cas on devra faire cette expression deux fois par jour. Après l'opération, on lavera soigneusement le mamelon avec de l'eau boriquée et on appliquera un bandage qui maintiendra le sein relevé et le comprimera légèrement.

Il ne sera pas inutile d'agir directement, par des pressions sur les noyaux indurés situés plus profondément. On amènera ainsi le pus qui s'y trouve vers les parties superficielles, d'où on l'expulsera par la manœuvre que nous venons de décrire.

Pendant tout ce temps-là, la femme peut-elle continuer à donner le sein ? Il serait préférable que la lactation soit suspendue, du côté malade, bien entendu ;

car l'enfant avalerait le pus, ce qui pourrait être pour lui source d'accidents. Au cas où l'enfant aurait ainsi ingéré de la matière purulente, les lavages de l'estomac et de l'intestin s'imposeront. On remettra l'enfant au sein, seulement quand la guérison sera définitive. Le seul inconvénient de cette manœuvre est constitué par les douleurs qu'elle provoque. Aussi devra-t-on dans certains cas, chez les femmes pusillanimes, recourir à quelques inhalations de chloroforme.

Ce manuel opératoire a été modifié par Legroux dans l'intention de le rendre moins douloureux. Une ventouse surmontée d'un ajutage est appliquée sur le sein malade, de façon à faire saillir le mamelon dans l'intérieur de la petite ventouse. Le vide est fait à l'aide d'une petite pompe aspirante. On voit aussitôt le lait et le pus jaillir dans la ventouse. Après le premier coup de piston, il faudra absolument séparer la pompe de la ventouse, pour permettre la pénétration de l'air dans celle-ci. Sans cela on aurait à déplorer la formation d'une ecchymose accompagnée d'une très forte douleur. En somme, en laissant pénétrer l'air après chaque coup de piston, on ne fait qu'imiter, d'une façon plus énergique il est vrai, la succion de l'enfant.

La meurtrissure du sein est ainsi complètement évitée. Le reproche qu'on a adressé à la méthode de Legroux, de nécessiter un appareil spécial qu'on n'a pas toujours sous la main n'est pas bien grave, car il n'est guère de praticiens qui ne possèdent un aspira teudre Potain ou de Dieulafoy.

L'éloge de la méthode de l'expression n'est plus à

faire. Depuis Chassaignac, et, surtout sous l'influence des travaux de Budin, nombreux sont les cas qui ont bénéficié de cette méthode aussi simple qu'efficace. En plus des observations de Legry, de Cataliotti et d'Arbel, nous en connaissons beaucoup d'autres où ce traitement a été appliqué avec un succès complet. Nous citerons quelques-unes de ces observations recueillies à l'hôpital de la Maternité où M.M. Porak et Macé font faire journellement l'expression aux femmes atteintes de mammites intra-glandulaires aiguës.

Chapitre III

TRAITEMENT PAR LA RÉFRIGÉRATION

On sait, depuis les expériences de Schultzer, que l'action réfrigérante, et par suite antiphlogistique du froid, peut s'étendre à une distance assez éloignée du point d'application.

Si, en effet, on fait une application locale de froid, on observe bientôt, en ce point, toute une série de phénomènes qui résultent de modifications apportées à l'innervation, à la vascularisation, à la motricité. Car tous ces éléments anatomiques de la région réagissent à la fois au refroidissement, dès qu'il devient assez énergique.

En appliquant sur les téguments des mélanges réfrigérants, on produit, tout d'abord, une légère exaltation de la douleur, puis de l'engourdissement, et, enfin, une anesthésie assez considérable pour permettre même

certaines petites opérations. Le froid arrive donc à abolir la conductibilité des fibres nerveuses, amenant ainsi la paralysie et l'anesthésie des régions auxquelles elles se distribuent.

Mais, avant de devenir insensibles, la peau et les tissus sous-jacents pâlissent fortement. L'anémie locale est réalisée, et ce phénomène produit en partie, sans doute, l'anesthésie. Les fibres musculaires lisses des tuniques vasculaires se contractent énergiquement, et la circulation du sang se trouve, ainsi, fortement ralentie.

Cette ischémie, Magendie et Poiseuille l'attribuaient à la diminution de la fluidité du sang. En réalité, il est plus logique d'admettre qu'il s'agit là d'un phénomène purement vaso-moteur, à moins qu'on ne pousse le froid jusqu'à la congélation des parties.

Cette vaso-constriction peut se produire à distance. L'excitation périphérique va impressionner, à distance, la circulation en un point plus ou moins éloigné. C'est ainsi que la polyurie, par augmentation de la pression sanguine, peut succéder à un refroidissement limité aux pieds, que l'immersion dans l'eau froide d'une main ou d'un pied, amène, par action réflexe, sur les parties homologues, un abaissement de température sur l'autre main ou l'autre pied (Brown-Séquard et Tholozan).

C'est encore par ce mécanisme qu'un refroidissement subit de la paroi abdominale amène de la diarrhée.

Un des effets les plus remarquables des basses températures, c'est l'arrêt ou le ralentissement de l'activité cellulaire. Celle-ci ne s'exerce normalement, qu'entre

des limites qui ne dépassent pas quelques deg rés. Pour les animaux supérieurs, et l'homme en particulier, c'est un peu au-dessus de 37° que les processus physiologiques s'accomplissent dans les conditions les plus favorables.

Les microbes, organismes unicellulaires, subissent, eux aussi, cette loi générale de biologie, et leur vitalité ne se manisfeste bien qu'en présence d'une chaleur convenable. En général la température la meilleure est voisine de 40°.

Le froid possède donc un propriété inhibitoire manifeste, bien étudiée par Ranvier à propos des globules blancs: « Au-dessous de 20°, ces cellules ne poussent plus de prolongements, ne changent plus de forme, ne s'appliquent plus sur les parois des vaisseaux ou des cavités qui les contiennent, et ce n'est qu'à une température supérieure à 35° ou 36° que leurs mouvements deviennent assez énergiques pour les faire sortir des vaisseaux, et cheminer dans les tissus. Ces données expliquent comment l'application de glace connue depuis lontemps des chirurgiens, exerce une action salutaire sur la suppuration. »

Dans la réalité, les phénomènes physiologiques que l'on observe seraient difficiles à expliquer par les seuls effets physiques de la réfrigération. Il faut tenir compte des actions d'ordre réflexe qui viennent toujours s'y adjoindre.

D'une façon générale, la réfrigération utilisée contre la phlogose, en atténue les symptômes et s'oppose à son évolution. En décongestionnant les tissus, le froid lutte contre la rougeur, le gonflement, l'induration des par-

ties. Il atténue, d'autre part, les douleurs, en paralysant les terminaisons nerveuses, et, comme le fait remarquer Lauder-Brunton, en provoquant la décompression des extrémités nerveuses, comprimées par l'excès de la circulation locale.

Le froid est donc à la fois calmant et résolutif. Ses effets salutaires ne tardent pas à se faire sentir. Les téguments enflammés reprennent leur aspect normal, la rougeur disparaît, la sensation, parfois si pénible de tension et de battement s'atténue, les muscles sous-jacents, contracturés, se relâchent. Quant à la douleur, elle est, presque toujours, sensiblement apaisée.

La valeur antiphlogistique de la réfrigération est consacrée depuis longtemps par l'expérience. Mais par quel mécanisme agirait-elle directement sur le processus inflammatoire ?

D'après les théories, actuellement admises, la phlogose n'est que la traduction d'un état réactionnel de l'organisme, menacé par des agents microbiens virulents. Si les vaisseaux sanguins se dilatent, c'est pour faciliter l'issue des phagocytes qui sont mobilisés, très nombreux, à l'effet d'anéantir les microorganismes agresseurs.

Mais, étant donnés les effets du froid sur la circulation et sur la diapédèse, on pourrait se demander, si, au fond, l'action de cet élément physique n'est pas nuisible. « Le froid, dit Bouchard, peut troubler la série des actes par lesquels les cellules lymphatiques arrêtent et détruisent les microbes pathogènes. » L'usage du sublimé ou de tout autre antiseptique efficace n'est-il

pas passible du même reproche ? Car s'ils détruisent les agents microbiens, ils atteignent en même temps les tissus, frappant de stupeur, sinon de mort, les défenses naturelles de l'économie. En réalité, pour obtenir des effets manifestes dans ce sens, il faudrait arriver à des températures beaucoup plus basses.

Les microbes sont doués, d'ailleurs, d'une résistance considérable à l'égard de la réfrigération, même en présence de températures excessivement basses. D'Arsonval a vu que la levure de bière, le bacille pyo-cyanique et différents microbes pathogènes ne perdent pas leur vitalité, même après un séjour de plusieurs semaines dans l'air liquide, c'est-à-dire au voisinage de — 200°.

Dans ces conditions, une application de glace ne peut être que médiocrement antiseptique.

Quoi qu'il en soit, les résultats obtenus par la réfrigération locale sont généralement bons ; c'est un procédé commode et réellement efficace contre les phlegmasies. Pour obtenir la réfrigération on peut recourir à toutes les substances et à tous les mélanges réfrigérants. Dans la pratique courante, on utilise surtout deux corps : la glace et l'éther.

1° La glace

Les anciens, avec la conception qu'ils avaient des phlegmasies mammaires, ne pouvaient guère songer à employer le froid contre elles.

Pour eux, en effet, l'infection des mamelles était due à la « distension par le sang et les humeurs échauffées

et agitées à la suite du travail de la parturition ». « A quoi, ajoutait Mauriceau, la suppression des vidanges de la matrice et la plénitude universelle du corps contribuent beaucoup. »

Pour Mauriceau le meilleur moyen d'éviter l'inflammation du sein, c'était donc de procurer « une bonne et ample évacuation par la matrice ». Une fois la phlogose apparue, on combattait la pléthore sanguine par une bonne saignée du bras, des clystères énergiques. Mais déjà Mauriceau ne négligeait point le traitement local, puisqu'il conseille:

« Il faut bien observer que les remèdes qu'on appliquera sur les mamelles soient seulement réfrigérants et réfrénants, sans aucune grande astriction. »

Et, antérieurement à Mauriceau, Guillemeau avait écrit:

« S'il survient l'inflammation des mamelles, il faudra du commencement user de remèdes rafraîchissants. »

Malgré tout, les vieux accoucheurs employaient bien rarement la réfrigération et donnaient, sans réserve, la préférence aux cataplasmes émollients composés de mie de pain et de mille autres substances.

Mais à quel moment, et suivant quelle technique fait-on les applications de glace?

Les auteurs diffèrent beaucoup à ce sujet.

Kubeska tire le lait au moyen de la téterelle, applique un pansement au sublimé et fait placer un sachet de glace sur le sein.

Ahlfeld emploie la glace dès que l'inflammation se montre et en applique de suite un sachet.

Schœffer, d'Heidelberg et Potocki recommandent la réfrigération sous forme de compresses d'eau blanche glacée renouvelées toutes les dix ou quinze minutes. Seul des accoucheurs actuels Freund de Strasbourg ne s'est pas bien trouvé de l'usage de la glace dans les phlegmasies du sein.

La technique habituellement suivie est celle recommandée par M. Bonnaire. Dès que des phénomènes inflammatoires se montrent du côté de la mamelle, on suspend l'allaitement du côté malade et on fait une application locale de glace.

Pour cela, après une toilette antiseptique des seins, on place d'abord une compresse imbibée de liqueur de Van Swieten ou bien d'une solution de nitrate d'argent à 1 p. 50, s'il y a des crevasses sur le mamelon. Au-dessus, on pose une épaisseur de flanelle, puis une vessie remplie d'un mélange de glace concassée en menus morceaux et de farine de lin. On obtient ainsi une sorte de cataplasme bien homogène qui permet de soumettre à la réfrigération toute la surface de la mamelle d'une façon égale et parfaite. Le tout est, enfin, recouvert d'un morceau de taffetas gommé et fixé par un bandage de corps bien serré. Dès que la glace est fondue, il faut la renouveler, c'est-à-dire, toutes les deux heures environ.

On persévère dans ce traitement jusqu'à la disparition de la douleur, fait qui indique la fin des phénomènes aigus et l'on peut alors enlever la glace et reprendre l'allaitement. Pratiquement, on ne sera en droit, selon M. Bonnaire, de conclure à la guérison que si

l'expression du sein faite à deux reprises, une fois le matin et une fois le soir, reste absolument négative. Bien entendu, à partir de ce moment, les applications de glace seront supprimées.

Tel est le traitement par la glace, généralement très bien supporté par les malades. Mais il en est, cependant, chez qui le froid local cause une impression pénible persistante. C'est le cas, par exemple, des femmes à peau particulièrement fine et sensible.

Chez certaines malades, on voit survenir à la suite de l'application de glace, et malgré l'interposition d'une flanelle, des plaques rougeâtres. Habituellement elles disparaissent dès qu'on enlève le pansement. Quelques légères frictions alcoolisées ne sont pas inutiles.

2° L'éther

C'est Souligoux, qui, le premier, institua le pansement à l'éther, dans le service de son maître M. Tillaux. Il le destinait à toutes les phlegmasies n'ayant pas encore abouti à la formation de collections purulentes. Dans quelques cas même, la suppuration était évidente et cependant les bons effets de la réfrigération par l'éther se sont encore manifestés : le pus se résorba et toute incision fut évitée.

Depuis lors, tous les élèves du professeur Tillaux ayant adopté ce traitement, eurent l'occasion de l'essayer et d'en apprécier les bons résultats. Dans le courant de l'année 1907 la réfrigération par l'éther fut

appliquée à la Maternité, par MM. Porak et Stern, aux mammites aiguës.

Voici la technique suivie :

Dès que le noyau de mammite est nettement constaté, on supprime l'allaitement. Puis, on brosse les téguments qui recouvrent la tumeur inflammatoire, doucement et longuement, comme pour une opération chirurgicale. On ne s'arrête que lorsque la peau est devenue bien rouge. Il ne faut pas craindre d'exagérer un peu. Il est indispensable, en effet, que la peau soit franchement dégraissée, qu'elle soit bien « décapée ». Sans doute cette irritation des téguments pourra occasionner un peu d'eczéma ; mais ce n'est pas là un inconvénient grave, puisque, une fois la guérison obtenue, quelques onctions avec une pommade à l'oxyde de zinc ou avec de la glycérine feront reprendre à la peau son aspect normal.

On n'a plus alors qu'à mettre sur la région quelques compresses largement imbibées d'éther, à les recouvrir d'un morceau de taffetas gommé et à maintenir le tout à l'aide d'un bandage de corps moyennement serré. Toutes les heures, ou même plus fréquemment encore, l'infirmière vient soulever un coin du pansement et verse un peu d'éther, vite absorbé par les compresses.

Un froid permanent est ainsi régulièrement entretenu au voisinage du foyer inflammatoire. De plus, grâce au dégraissage de la peau et à la grande diffusibilité de l'éther, ce produit pénètre vraisemblablement dans la profondeur de la phlegmasie.

C'est sans doute à cela qu'est due la grande efficacité de ce traitement.

Si la mammite que l'on soigne est intra-glandulaire, on fera à plusieurs reprises de l'expression du sein, mais cela n'est pas absolument indispensable.

Car la réfrigération éteint, en quelque sorte, l'activité de la glande. La sécrétion lactée est plus ou moins tarie, sous la double influence d'une vaso-constriction énergique et du repos complet dans lequel on la laisse. Le sein puerpéral revient, pour ainsi dire, à l'état de sommeil qui le caractérise pendant la période non puerpérale ; et c'est là sans doute un élément de guérison important.

Cependant, la sécrétion lactée n'est pas définitivement supprimée. Car, en général, la suppression de l'allaitement n'est que de quelques jours.

Même après une longue interruption, on peut, comme l'a bien montré le professeur Budin, faire revenir le lait dans le sein de la femme. Il faut, pour cela, de la persévérance et de la volonté : Budin a vu se rétablir la sécrétion lactée trente-quatre jours après la délivrance chez une femme qui n'avait jamais nourri. En faisant téter un enfant de quelques mois et vigoureux, on favorisera beaucoup le retour de la sécrétion. On pourra de plus donner à la femme de la tisane de céréales, ou encore faire agir des courants électriques sur les mamelles, comme l'ont conseillé quelques auteurs.

Comme pour la réfrigération par la glace, on ne remettra l'enfant au sein, qu'après disparition complète du pus de la glande et des canaux galactophores.

Chapitre IV

TRAITEMENT PAR LA MÉTHODE DE BIER

L'hyperhémie est un effort curateur des plus actifs de la défense organique. La rougeur, cernant une piqûre septique témoigne d'un apport sanguin de défense contre l'infection. C'est ainsi qu'agissent les applications chaudes et les ventouses, dont l'usage remonte à une époque si reculée. Les anciens, déjà, appliquaient sur la région malade de petites courges coupées par moitié et trouées à leur sommet. Le vide était obtenu par la succion énergique et maintenu par une boulette de cire obturant l'orifice et placée sur la langue de l'opérateur.

La botte de Junod, très en vogue jadis, avant l'emploi de l'anesthésie, était fort utile dans les grandes infections du membre inférieur.

Bier(1) part de ce principe général que l'hyperhémie est un phénomène utilisé à chaque pas par la nature, qu'il s'agisse de croissance ou de régénération. Tout organe qui travaille est congestionné ; il n'y a pas de foyer morbide contre lequel ne lutte l'organisme par un apport plus considérable de sang. L'hyperhémie est l'agent le plus actif dans la lutte contre l'infection.

Parmi les agents hyperhémiants, Bier en a choisi quelques-uns, dont l'action, inoffensive pour les tissus, soit facilement utilisable en pratique : l'un d'eux, l'air

1. Bier, *Hyperhæmie als Heilmittel*, 1906. Leipzig.

chaud, agit en accélérant le courant sanguin, en amenant une *hyperhémie active*, artérielle. En chauffant la patte d'un animal, la veine fémorale découverte, paraît animée de battements et gonflée de sang rouge. Ce courant est réfrigérant ; en effet, le bras placé dans l'étuve sèche supporte 115° alors qu'il n'en tolère pas 75° avec un élastique à l'épaule. Il est aussi bactéricide : « J'ai pu montrer mainte fois, écrit Bier, par des ponctions exploratrices, que des grands abcès chauds donnant des cultures pures de staphylocoques, devenaient rapidement stériles ; que des animaux piqués dans une zone de stase, avec des toxines ou des cultures de bactéries charbonneuses, survivaient ; et ce qui prouve bien que l'hyperhémie seule les avait préservés de mort, c'est que les animaux inoculés quelques semaines après avec les mêmes bactéries, sans qu'on appliquât la stase, périssaient d'infection, tout comme les animaux témoins. » Ainsi s'expliquerait également l'effet de la ligature en cas de morsure de serpents.

En outre, Bier emploie la compression élastique et l'aspiration : ces moyens exercent leur action, non plus sur la circulation artérielle, comme la chaleur, mais sur la circulation de retour, veineuse, qu'ils ralentissent en créant ainsi une *hyperhémie passive*, une stase du sang veineux. Cette dernière constitue la partie la plus importante de la méthode de Bier qu'on peut définir : l'ensemble des moyens ayant pour but l'emploi de la stase hyperhémique comme agent thérapeutique.

Cette méthode est, selon Bier, à la fois bactéricide et analgésique. Cette dernière propriété est due à l'œdème

transitoire qu'elle provoque. C'est ainsi, d'ailleurs, que l'on observe la disparition des douleurs de la périostite alvéolaire dès que la fluxion est apparue.

La méthode de Bier a pris une extension considérable. Tandis que le professeur Bier l'appliquait surtout aux phlegmasies cellulaires, aux synovites, aux arthrites, ses élèves faisaient fabriquer des appareils spéciaux et étendaient la méthode à un nombre considérable d'affections. Nous devons, en première ligne, citer les travaux de Klapp (1) qui employa les ventouses à aspiration pour les abcès de toute nature et qui formula les premières règles dans l'application de la méthode. Nous devons également citer les travaux et communications de Künster, de Bardenheuer, Garré, Clément de Fribourg, Hamburger à l'étranger. En France les essais de Chaput, Viannay, Jaboulay. M. Tuffier (2) surtout a minutieusement étudié la méthode et s'est fait chez nous l'apologiste de la congestion passive, qui lui aurait donné de nombreux succès.

Nous laisserons, ici, complètement de côté l'hyperhémie active ; et nous ne retiendrons, parmi les moyens utilisés pour produire l'hyperhémie passive, que les appareils aspirateurs. Car ce sont les seuls que l'on puisse employer en présence d'une affection du sein.

Partant de ce principe que les révulsifs agissent en vertu de l'hyperhémie qu'ils provoquent, Bier, dès le début de ses recherches, eut l'idée d'employer les ven-

1. Klapp. *Berliner Klinik*, 1905. Heft, 212.
2. Tuffier. Communication à la *Société de Chirurgie*, 1907.

touses, puis il y renonça à peu près complètement, jusqu'au jour où son assistant, Klapp, en perfectionna et généralisa l'application

La ventouse constitue le type le plus simple des appareils aspirateurs. En France, Delagenière du Mans, l'a beaucoup employée. Les ventouses utilisées en Allemagne, à Bonn, ont des formes et des dimensions fort variables.

Ces appareils s'appliquent comme des ventouses ordinaires ; ou bien, s'ils sont munis d'un mécanisme aspirateur, comme c'est le cas pour les ventouses qu'on applique sur les seins, on y fait progressivement le vide avec une petite pompe aspirante. Ces appareils sont en verre pour permettre de juger le degré d'aspiration et d'hyperhémie. Il ne faut pas que l'aspiration soit assez forte pour amener une extravasation sanguine ou une ecchymose. Elle ne doit pas non plus durer plus de cinq minutes, ainsi que l'a fait remarquer Klapp. Après ce laps de temps, il faut laisser rentrer l'air dans la ventouse et laisser la peau se décongestionner. On refait ensuite une deuxième fois le vide et ainsi de suite, cinq ou six fois, chaque séance durant environ cinq à six minutes. Si la ventouse s'applique mal, on aura soin d'enduire ses bords de vaseline avant de l'appliquer sur la peau. Comme on le voit, la séance de ventouse est fractionnée, et c'est là la différence qu'il y a entre la ventouse et la bande, cette dernière étant appliquée pour une heure entière sans aucune interruption.

Les ventouses doivent être bouillies avant et après chaque séance. Il suffit de les placer sur une couche

d'ouate disposée dans le fond du vase destiné à cette ébullition. Grâce à ces précautions, on évitera les accidents d'inoculation, qui, sans cela, seraient à redouter dans les milieux hospitaliers.

Dans l'application de la méthode de Bier aux mastites aiguës, nous avons suivi à la lettre les préceptes exposés par M. Delagenière (1), du Mans, et que nous allons exposer ici.

On emploie une cloche en verre destinée à recouvrir tout le sein, comme une grande ventouse. On y fait le vide au moyen d'un appareil aspirateur. Les petits, les gros abcès de sein se traitent tous de la même manière. On lave d'abord la région avec soin et on dégraisse la peau comme pour une opération, puis on applique la ventouse sur le sein après avoir légèrement mouillé les bords. On y fait alors le vide tout doucement, afin d'éviter les douleurs, en proportionnant l'aspiration à l'effet à obtenir. La peau rougira d'abord, deviendra violacée ensuite et prendra enfin une teinte livide à laquelle il faudra s'arrêter si l'on veut éviter les extravasations sanguines. Au bout de cinq à six minutes, on lavera la ventouse si elle renferme du pus et du lait, puis, après avoir laissé la peau quelques instants tranquille, on replacera l'appareil et ainsi de suite pendant une heure. Entre les séances on appliquera un pansement légèrement compressif sur le sein.

Dans la mastite aiguë, sans formation d'abcès, on pourra guérir la malade sans incisions, en appliquant

1. Delagenière. *Journal de Lucas-Championnière*, 1907.

immédiatement deux ou trois fois par jour la grande ventouse. Il sera bon d'avoir une téterelle si la sécrétion lactée existe toujours ; on amorcera, ainsi, les conduits galactophores et l'écoulement du lait se fera dans la ventouse. Klapp recommande de porter une très grande attention à la rétention du lait et de faire entre les séances des applications fréquentes de la téterelle. On soulagera ainsi beaucoup la malade et la résolution sera plus rapide. On devra dans ces mastites aiguës pousser l'aspiration jusqu'au moment où les téguments prendront la teinte rouge sombre, ou, si l'on veut, s'en rapporter aux indications fournies par la malade. On arrêtera alors l'aspiration et on laissera l'appareil en place pendant quelques minutes, tant que la malade supportera l'aspiration. A ce moment, on laissera rentrer l'air dans la ventouse et on la nettoiera pour la débarrasser du pus et du lait qu'elle pourra contenir. Les séances devront être répétées fréquemment ; trois et même quatre séances par vingt-quatre heures donneront un résultat meilleur que deux séances seulement. Souvent, dès le premier jour, la douleur cesse dans le sein, la région devient plus souple et la température baisse. Les accidents infectieux semblent s'arrêter, et au bout de quelques jours la malade entre en convalescence. La guérison complète peut être obtenue en dix ou douze jours.

Delagenière se déclare très satisfait de la méthode. Il l'a essayée dans deux cas de mammite aiguë avec des résultats excellents.

Nous ne pouvons malheureusement en dire autant,

car deux essais auxquels nous avons assisté à la Maternité n'ont amené aucune amélioration appréciable. Il est possible que ces insuccès, souvent observés, soient dus, non à une application défectueuse de la méthode, mais à l'absence d'un certain « tour de main » assez difficile à acquérir ; et nous citerons à l'appui de cette hypothèse l'opinion de Bardenheuer.

« Je n'ai eu de résultats vraiment bons, qu'à partir du moment où un assistant de M. Bier est venu nous montrer l'application de ce mode de traitement selon les règles de l'inventeur. »

Le professeur Garré fait une déclaration analogue.

Bier, lui-même, a des échecs avec sa méthode, là où son assistant réussit pleinement par le même traitement.

Malgré tout, les insuccès de la méthode abondent. M. Tuffier lui-même, qui cependant est un des partisans les plus convaincus de la méthode de Bier, en a eus. C'est aussi le cas de MM. Kirmisson, Mauclaire(1), Porak, etc.

Quoi qu'il en soit, on ne doit pas craindre d'employer la méthode, car, comme le fait remarquer Chevassu, l'innocuité du procédé permet certainement de l'employer, mais, on irait au devant de grosses déceptions, si on lui accordait trop de confiance.

1. Voir *Soc. de Chirurgie*, séance du 13 février 1907.

Chapitre V

SÉROTHÉRAPIE

S'il était nécessaire de fournir des preuves convaincantes de l'efficacité du sérum antityphique, c'est certainement dans son action contre les infections éberthiennes locales qu'il faudrait les chercher. Car cette action est extrêmement puissante et pour ainsi dire palpable.

Ainsi, les périostites, qui compliquent de temps en temps la fièvre typhoïde, sont heureusement et étonnamment influencées par le sérum de Chantemesse : à la sédation presque immédiate de la douleur, succède de très près la disparition des phénomènes inflammatoires. Même action énergique et fidèle contre les orchites typhiques, dont la résolution est d'une rapidité et d'une constance vraiment surprenantes.

Nous n'avons nullement l'intention d'étudier ici le mécanisme de ces phénomènes.

Contentons-nous de les enregistrer et de constater que la mammite typhique a largement bénéficié de la sérothérapie typhique.

C'est, d'ailleurs, à notre connaissance, la seule variété de mammite à laquelle nous puissions opposer un sérum curateur spécifique.

La mammite typhique est assez rare ; moins rare cependant que ne semble l'indiquer la thèse de Han-

riot (Nancy) laquelle, publiée en 1904, n'a pu en réunir que vingt observations. Elle s'observe surtout chez les femmes qui nourrissent ou qui viennent de sevrer leur enfant. Mais cette condition n'est pas nécessaire, comme le montre, par exemple, l'observation de Henri Roger (de Montpellier) ayant trait à une mammite typhique chez une femme qui avait cessé de nourrir depuis plus d'un an (1).

Elle survient d'habitude au déclin de la maladie, en pleine convalescence. Traitée par les moyens ordinaires (compression, application de glace, etc.) elle suppure dans la moitié des cas environ. L'examen bactériologique du pus met en évidence, à côté du bacille d'Éberth, les microbes banaux de la suppuration staphylocoque doré et blanc, que l'on rencontre d'ailleurs dans la plupart des suppurations typhiques. Il faut cependant savoir, qu'on peut fort bien ne trouver que de l'Eberth pur ; car il peut à lui seul engendrer la mammite, comme il détermine la cholécystite, l'ostéomyélite, l'orchite ou la thyroïdite typhiques.

Le traitement sérothérapique de la mammite typhique est d'une technique extrêmement simple. Voici comment on opère dans le service du professeur Chantemesse. On commence par nettoyer, très doucement à cause des douleurs, la région mammaire avec du savon, de l'alcool et de l'éther, absolument comme pour une incision. Puis, en plein centre de la tuméfaction glandulaire, on pratique une injection de trois gouttes

1. Henri Roger. *Gazette des hôpitaux*, 1907.

de sérum antityphique. Nous croyons devoir insister sur la nécessité de faire cette injection avec une aiguille en platine. Car la tumeur est généralement très dure, et une aiguille en acier peut trop facilement s'y casser, ce qui est loin d'être une complication indifférente. On n'a plus ensuite qu'à recouvrir le sein d'une compresse de gaze aseptique, puis d'une légère couche d'ouate et à maintenir le tout avec un bandage de corps.

Dans l'espace de quelques heures, les douleurs disparaissent complètement ; et la disparition même de la tumeur n'est qu'une affaire de quelques jours, trois ou quatre.

Des trois cas observés et traités de cette façon, dans le service du professeur Chantemesse de mai 1906 à mai 1907, nous n'en rapporterons qu'un seul (1). Les deux autres, différents de celui-ci par quelques détails peu importants, lui restent absolument superposables quant à l'effet du traitement.

Observation I

Mme Jeanne Déc..., 33 ans, entrée au Bastion 29, le 12 août 1906. Dans ses antécédents, on ne relève d'intéressant que ce seul fait : elle a eu deux enfants, dont le dernier, âgé de 6 mois seulement, était allaité par sa mère jusqu'à la veille de l'entrée de celle-ci à l'hôpital.

On se trouvait au huitième jour de la maladie. La fièvre typhoïde

1. Nous devons cette intéressante observation à l'obligeance de notre excellent ami, M. Stern, interne des hôpitaux, élève du professeur Chantemesse.

était absolument nette, avec tâches rosées nombreuses, grosse rate, gargouillements dans la fosse iliaque droite. Température centrale : 39° 7. État général assez grave, stupeur, et adynamie très prononcée, rétention d'urine. Séro-diagnostic positif dès le lendemain de son entrée.

Le traitement de cette dothiénentérie fut celui que l'on applique couramment dans le service de M. Chantemesse : injection sous-cutanée de quatre gouttes de sérum antityphique, balnéation froide, grande propreté de la cavité bucco-pharyngée et de la peau, boissons abondantes.

De plus, en raison de l'allaitement tout récent, on lui fit la compression des seins dès le début.

L'évolution fut exactement ce qu'elle est habituellement chez tous les typhiques du Bastion 29 : après une période de réaction, caractérisée par une légère exacerbation de la température durant deux ou quatre jours, mais caractérisée, aussi, par une belle coloration rose et chaude des téguments, des extrémités en particulier, la fièvre s'acheminait graduellement vers la normale L'état général s'améliora rapidement, la stupeur et la rétention d'urine disparurent dès le troisième jour. Enfin la sécrétion lactée cessa dès le quatrième jour.

Tout permettait donc de prévoir une guérison rapide, lorsque le soir du 22 août 1906, l'état général s'aggrava subitement. La température monta brusquement de 38° 5 à 40° 2. Le lendemain matin la malade attira l'attention sur son sein gauche devenu extrêmement douloureux. La palpation, difficile car elle exagérait les douleurs, faisait déjà constater l'existence d'une tumeur dure, du volume d'une petite mandarine. La tumeur faisait corps avec le reste de la glande : il s'agissait donc, à n'en pas douter, d'une mammite intra-glandulaire. Et cependant, la

pression ne faisait rien sortir par le mamelon: c'est là une singularité, ce n'est pas la seule que nous offre ce cas. La date d'apparition en est, en effet, une autre. Car contrairement à la plupart des mammites typhiques qui se montrent pendant la convalescence, celle-ci est apparue en pleine période d'état de la maladie.

Une injection de deux gouttes de sérum anti-typhique fut pratiquée dans la tumeur même, le 23 août, vers 9 heures du matin.

Vers 4 heures de l'après-midi, la douleur spontanée avait complètement disparu. Et la palpation, parfaitement supportable, n'est que peu sensible. La température est de 39° 5. Elle s'abaissa encore les jours suivants à 38° 5, puis à 38°.

En même temps le volume de la tumeur diminue à vue d'œil. On a l'impression qu'elle fond concentriquement de la périphérie vers le centre ; mais à aucun moment elle n'a perdu sa grande dureté. Le soir du 26 août, on ne perçoit plus qu'une petite tumeur de la grosseur d'une noisette.

Le 13 septembre, la fièvre typhoïde est complètement guérie, la température est de 37° 2. Et la malade quitte l'hôpital le 4 octobre, absolument rétablie ayant oublié depuis longtemps sa complication mammaire, dont il ne reste plus, d'ailleurs, l'ombre d'un vestige.

TROISIÈME PARTIE

TRAITEMENT DES MAMMITES AIGUES APRÈS LA SUPPURATION

Malgré le nombre relativement grand des moyens dont nous disposons pour éviter la suppuration des mammites, nous aurons très souvent à nous occuper de femmes ayant une franche collection purulente dans leur sein. Et cela, soit parce que la malade est venue consulter trop tard, soit parce que le traitement n'a pas été assez rigoureusement appliqué. Le médecin doit alors, par tous les moyens, éviter l'incision de cette collection, et par suite la formation d'une cicatrice indélébile.

Mais à quoi reconnaître l'existence de cette poche purulente ?

Dans les abcès extra-glandulaires superficiels, les douleurs deviennent plus violentes, elles sont lancinantes. La peau est plus rouge, plus lisse, plus brillante, plus tendre. La tumeur régulièrement circons-

crite est indépendante de la glande. La fluctuation est superficielle. L'éloignement du plan résistant profond et la mobilité de l'organe obligent, dans la recherche de la fluctuation, à certaines précautions. « On saisit le sein en totalité avec les deux mains, en plaçant les pouces d'un côté, et les trois derniers doigts de chaque main de l'autre côté de la tuméfaction. Ainsi on immobilise la glande ; en la comprimant, on en fait un point d'appui solide; en outre, on tend la région qu'on doit explorer et on conserve les deux index libres pour cette exploration. Il suffit alors de les appliquer aux deux extrémités de la tuméfaction et, l'un restant passif et attentif pendant que l'autre presse, on recueille la sensation de soulèvement comme partout ailleurs. » (Delbet.)

Dans les abcès extra-glandulaires rétro-mammaires, la formation de la poche purulente n'est pas difficile à diagnostiquer. La circonférence de la base de la mamelle s'entoure d'un bourrelet nettement perceptible. En refoulant le sein en arrière, on éprouve une résistance élastique, comme si la glande reposait sur une éponge (Velpeau), comme si elle nageait sur du pus (Bumm). La fluctuation, enfin, n'est perçue qu'à la périphérie du sein, assez difficilement. Mais, comme nous l'avons déjà dit, nous laisserons de côté cette variété de mammite car nous ne la croyons pas justiciable du traitement purement médical.

Dans la mastite intra-glandulaire, enfin, la fluctuation est, d'abord, très profonde, et par conséquent, très difficile à percevoir. On attachera une certaine importance

à l'œdème des téguments qui recouvrent la tumeur inflammatoire. Dans certains cas, une ponction exploratrice pourra ramener un peu de pus ; d'autres fois la consistance épaisse de ce dernier fait que la ponction reste négative. Bientôt la collection purulente se rapproche de la superficie, la fluctuation devient alors évidente, et si on néglige d'intervenir la peau est envahie à son tour, perforée, et le pus s'écoule avec un mélange de lait.

Tels sont, rapidement esquissés, les signes qui permettent de reconnaître l'existence de la poche de pus, qu'il s'agisse d'une mammite intra ou extra-glandulaire. Peut-on faire plus, et diagnostiquer avec précision la première variété d'avec la seconde ? Sans doute, puisque dans la première seule, l'expression du sein ramènera du pus par le mamelon.

Mais, est-il bien nécessaire de faire cette distinction ? Non, car, contrairement à ce que nous avons vu pour les mammites avant la suppuration, les mêmes traitements conviennent indifféremment aux deux variétés de mammites suppurées.

Quels sont ces traitements ?

Après quelques courtes considérations sur la méthode de Bier et sur le procédé de Thiriar (de Bruxelles), nous décrirons avec quelques détails le traitement par l'argent colloïdal selon la méthode de Chirié et David.

Chapitre premier

DE LA MÉTHODE DE BIER

C'est encore à M. Delagenière (1) (du Mans), qui a beaucoup étudié la question, que nous empruntons les éléments de ce chapitre.

Faisons de suite cette remarque importante : M. Delagenière, avant de faire les séances de ventouses, incise « franchement » la collection suppurée. Cela entraîne fatalement la formation d'une cicatrice et, par suite, nous ne devrions pas en parler ici.

Mais, tous les auteurs ne font pas d'incision. M. Tuffier se contente de ponctionner, et les résultats qu'il obtient sont absolument satisfaisants. Il est vrai que M. Tuffier a appliqué ce traitement, non pas à des mammites suppurées, mais à des phlegmons de la main, panaris, etc.

Quoi qu'il en soit, une fois le pus évacué, on appliquera la ventouse suivant le mode déjà indiqué dans la technique générale. Dès le lendemain la sécrétion deviendrait séreuse et peu abondante. La guérison serait plus rapide et les complications évitées.

Nous ne pouvons, malheureusement, ni confirmer, ni infirmer ces conclusions. Dans les deux cas que

1. Delagenière. « Méthode de Bier ». *Journal de Lucas Championnière*, 1907.

nous avons vu traiter à la Maternité, par la méthode de Bier, avant la suppuration, celle-ci s'est produite quand même. Et en face de la poche pleine de pus, on n'a plus osé continuer, et on a eu recours, sans retard au traitement par l'argent colloïdal qui a pu, fort heureusement, éviter l'incision de l'abcès.

Chapitre II

MÉTHODE DE THIRIAR

Le 28 mai 1904, Thiriar exposait à l'Académie Royale de médecine de Belgique, les résultats obtenus par la méthode oxygénée, appliquée au traitement des abcès du sein, méthode dont il est l'inventeur.

D'après Thiriar, les abcès chauds du sein sont guéris avec une rapidité incroyable par cette méthode, et, avec quelques précautions, cette méthode permet d'éviter les cicatrices visibles. Deux ou trois jours suffisent ordinairement pour obtenir la guérison.

La technique est des plus simples. Après une désinfection soigneuse, on fait une ponction. On exprime le pus, puis on lave à l'eau oxygénée.

Si l'abcès est petit, on y fait passer un courant de gaz, pendant une demi-heure environ, au moyen d'une aiguille de Pravaz émoussée, d'une petite canule, ou d'un petit tube en caoutchouc. Puis on applique une compresse d'eau oxygénée et on termine par une compression légère. Ordinairement, le lendemain, tout est fini, il n'y a plus trace d'abcès.

Si l'abcès est plus volumineux, on fait encore une ponction, mais avec un trocart plus gros, on y place un petit drain avec une canule, et l'on y fait circuler en permanence un courant de gaz durant vingt-quatre heures. Au bout de ce temps, la suppuration est tarie et il suffit de deux ou trois jours pour avoir une guérison radicale.

N'ayant pas expérimenté la méthode de Thiriar, nous ne pouvons pas émettre d'opinion personnelle à son sujet.

Néanmoins, nous n'avons pas hésité à l'insérer dans ce travail. Car sa technique est simple, et, comme toutes les méthodes que nous exposons, elle poursuit le but, qu'elle semble d'ailleurs atteindre, de guérir les abcès du sein sans incision et sans cicatrice.

Chapitre III

TRAITEMENT PAR LES PONCTIONS ASPIRATRICES ET LES INJECTIONS D'ARGENT COLLOÏDAL

(*Procédé Chirié-David.*)

C'est en 1897 que Crédé montre l'action de l'argent colloïdal et c'est seulement en 1902 que Netter appelle l'attention de la Société médicale des hôpitaux sur ce nouvel agent thérapeutique.

Aux colloïdes naturels, comme la gélatine, la gomme etc. (dont les solutions présentent, entre autres caractères, celui de ne pas dyaliser à travers une membrane ani-

male) on peut opposer les colloïdes artificiels. Tandis que les premiers ne sauraient exister sous un autre état, les seconds sont formés de toutes pièces avec des composés normalement insolubles dans l'eau, composés dont on a modifié les conditions d'agrégation ou d'arrangement moléculaire par rapport au milieu qui les contient.

Comme, d'autre part, ces corps ne revêtent l'état colloïdal qu'au contact d'un dissolvant, on peut dire, schématiquement, que mettre un corps à l'état colloïdal c'est rendre soluble un corps normalement insoluble.

La solution d'un colloïde est essentiellement différente de celle d'un cristalloïde, tandis que la dernière (solution de chlorure de sodium, par exemple) constitue un système homogène, la solution colloïdale constitue, au contraire, un système physiquement hétérogène, comprenant deux éléments : un milieu liquide et des particules solides.

Ces dernières sont infiniment petites (0,1 à 0,01 μ) et se trouvent en suspension stable dans le liquide. On ne peut les voir que par le procédé spécial de l'ultra-microscopie (éclairage latéral par un rayon lumineux intense, traversant un prisme qui sert de porte-objet).

L'état colloïdal correspond donc à un état de division extrême de la matière, présentant ainsi une immense surface de contact avec le milieu ambiant. Ainsi, on a calculé que la surface totale des grains d'or renfermés dans 1 centimètre cube d'or colloïdal, peut atteindre suivant la grosseur et le nombre de ces grains, jusqu'à 600 mètres carrés.

On peut donc définir les métaux colloïdaux : des sus-

pensions stables de particules métalliques, infiniment petites, offrant, sous un faible volume, une surface de contact infiniment grande.

Il existe deux méthodes pour obtenir les métaux à l'état colloïdal.

La première met en œuvre les éléments *chimiques :* réduction des solutions salines. C'est par cette méthode que l'on a préparé le collargol. La seconde se sert de *l'électricité,* pour pulvériser au sein de l'eau, le métal dont on veut obtenir une solution colloïdale : c'est de cette façon qu'on a préparé l'électrargol.

Entre électrargol et collargol, lequel choisir ?

Il est permis de rester embarrassé, lorsque l'on voit des auteurs comme Netter, rester fidèles au collargol malgré les reproches dont celui-ci a été l'objet dans ces derniers temps.

On a fait remarquer, en effet, que l'argent colloïdal, obtenu par la voie chimique, n'est pas toujours identique à lui-même. Il présente des variétés de constitution telles, qu'il donne des résultats très différents, non seulement suivant sa provenance, mais encore suivant le moment où on le prend chez le même fabricant.

Cet inconvénient ne se retrouve pas dans les colloïdes obtenus électriquement. A l'action bactéricide, à l'absence de toxicité, ils joignent une stabilité, une identité de constitution remarquables.

On doit à Victor Henry et à ses collaborateurs du collège de France, toute une série de travaux qui ont permis de mettre à la portée de tout le monde la possibilité d'obtenir des colloïdes électro-métalliques sta-

bles, de concentration rigoureuse, stérilisables et toujours isotoniques. En outre, Victor Henry, d'une part, Robin et Bardet, d'autre part, constatent que les métaux électro-colloïdaux agissent surtout suivant les dimensions des granules des colloïdes qui les composent, le maximum d'action étant réservé aux granules les plus fins. Les solutions rouge-brun auraient des granules plus petits, et seraient partant, plus actives que les solutions vert-olive.

Les effets thérapeutiques des métaux colloïdaux ne paraissent pas dépendre du métal. L'état physique semble seul importer. Et les expériences, faites avec de l'argent, de l'or, du platine ont conduit à des résultats sensiblement identiques.

MM. Chirié et David, anciens internes à la Maternité de Paris, ont apporté à la Société d'obstétrique (19 décembre 1906) des cas d'abcès du sein guéris à l'aide de l'électrargol.

Ils se sont contentés de faire des ponctions aspiratrices, suivies d'injections d'argent électrique à petits grains, isotonique, stabilisé et stérilisé.

Nous emprunterons à la communication de ces deux auteurs les détails qui suivent, se rapportant aux indications et au manuel opératoire de ce traitement nouveau.

Celui-ci peut être appliqué indistinctement dans tous les cas, quelle que soit la nature microbienne de l'abcès. Il s'adresse aussi bien aux abcès superficiels lymphangitiques qu'aux abcès profonds glandulaires. Mais, détail important, il ne faut intervenir que lorsque l'abcès est franchement collecté.

La solution employée est à petits grains et contient 25 centigrammes d'argent par litre. Elle est stérilisée et rendue isotonique par l'addition de sérum à 7,5 0 00. Cette solution se présente sous l'aspect d'un liquide jaune-brunâtre, ne déposant, ni par le repos, ni par la centrifugation.

L'emploi d'une solution isotonique présente un double avantage; les injections sont absolument indolores, d'une part, et, d'autre part, la solution peut, ainsi, être absorbée par les canaux lymphatiques où elle continue vraisemblablement son action bactéricide.

Le trocart dont on se sert est en argent. Son calibre est celui d'un trocart n° 2 de l'appareil Potain. Il est muni d'un robinet. Le trocart en place, une rondelle de caoutchouc sépare le robinet de la peau, protégée elle-même par une petite compresse stérilisée: on évite ainsi les érosions superficielles.

D'ailleurs cet instrument n'est pas indispensable; on peut se servir également d'une aiguille quelconque de même calibre. Il n'en est pas moins vrai que l'instrument construit par Guyot sur les indications de MM. Chirié et David présente de réels avantages : sa longueur réduite, son calibre, son poids enfin permettent de le laisser à demeure et d'éviter ainsi aux malades l'ennui des ponctions successives. D'autre part, l'argent est particulièrement bien toléré par les tissus. Enfin le robinet retient le liquide dans la cavité.

On fait la ponction comme pour un abcès froid, au point le plus fluctuant et, autant que possible, le plus déclive. Le pus est évacué par aspiration, à l'aide d'une

seringue de Roux, ou bien de l'appareil Potain ou Dieulafoy ; on peut même exprimer le pus par une pression manuelle douce.

On lave la poche à l'argent, puis on injecte une quantité de liquide suffisante pour la distendre légèrement, et obliger le liquide à entrer en contact avec toutes les anfractuosités de la cavité.

Cette manœuvre est répétée deux ou trois fois par jour, suivant les cas. Des examens bactériologiques et des ensemencements permettent de suivre les effets du traitement.

En général, la quantité de pus diminue très rapidement. En même temps il change d'aspect et de consistance ; il prend une couleur jaunâtre et un aspect beaucoup plus fluide. Les éléments microbiens diminuent progressivement, puis disparaissent. Quand les cultures paraissent stériles, on continue encore le traitement durant deux ou trois jours, tout en diminuant la quantité d'argent colloïdal injecté.

Il importe de savoir, que, même lorsque le trocart a été enlevé, il continue à s'écouler, pendant quelques jours, tant que la cavité de l'abcès n'est pas entièrement comblée, un liquide clair, jaune-brunâtre, qu'il est nécessaire d'évacuer tous les jours par une légère expression.

Dans les cas d'abcès multiples, on doit à tout prix *éviter, même s'ils sont voisins, de les faire communiquer*, et il faut les traiter séparément, procédant, pour chacun d'eux, suivant la technique indiquée.

Les résultats obtenus sont particulièrement satisfai-

sants. Les injections sont très bien supportées par les malades, elles sont indolores et le résultat esthétique est absolument parfait.

La guérison est obtenue en un temps variable, sept à vingt jours, suivant le volume de l'abcès, et toujours avec un résultat excellent au point de vue de la conservation de la forme extérieure du sein, et sans cicatrice (Chirié et David).

QUATRIÈME PARTIE

Vue d'ensemble des divers traitements des mammites. — Marche a suivre.— État général

Les divers traitements dont nous venons d'exposer les indications et la technique peuvent, sans doute, s'employer séparément. Mais ils ne s'excluent point. Deux ou plusieurs d'entre eux peuvent être utilisés simultanément ou successivement. Quelquefois même, on est obligé de le faire.

Prenons, comme exemple, une femme qui commence à présenter les premièrs indices d'une mammite en formation, et suivons-la jusqu'à sa guérison. Supposons que la suppuration n'a pu être évitée, ce qui nous permettra de passer en revue, en les appliquant, tous les traitements exposés dans ce travail.

Dès que la douleur et l'examen physique révèlent l'imminence d'une inflammation de la glande mammaire, celle-ci est mise au repos : la femme cesse de nourrir, et cela, quelle que soit la variété de mammite.

Bien entendu, elle peut continuer à donner à son enfant le sein non malade.

En même temps, on fera de l'expression de la glande, inutile, d'ailleurs, dans le cas de mammite extra-glandulaire. Comprimerons-nous le sein ? Nous pourrons évidemment le faire, à condition de ne pas croire le traitement terminé là, et de ne pas rester dans l'expectative.

Que pourrons-nous donc faire de plus pour notre malade ? La méthode de Bier ? Personnellement, nous n'y croyons pas beaucoup. Dans tous les cas, si on l'applique, on se trouvera bien, dans l'intervalle des séances de ventouses de Bier, d'employer la réfrigération. Notre prédilection va toute, et sans réserve, au pansement à l'éther, imaginé par Souligoux, adopté et vulgarisé par Tillaux.

Dans la seule mammite typhique nous pourrons employer le sérum antityphique du professeur Chantemesse, et nous obtiendrons la résolution, sans le concours d'aucun autre traitement.

Supposons que, pour des causes diverses, un abcès se soit formé. Que faire ? Employer la méthode de Bier encore? Nous n'en sommes guère partisan. La méthode de Thiriar ? Nous n'avons pas eu l'occasion d'en apprécier la valeur. Par contre, le traitement par l'argent colloïdal, selon le procédé de MM. Chirié et David, peut être employé avec confiance.

Doit-on s'occuper de l'état général de la malade ? Évidemment, s'il est sérieux. La fièvre ne sera pas combattue par les antipyrétiques, elle tombera d'elle-

même au fur et à mesure que l'état local s'améliorera. On soutiendra les forces de la malade en lui donnant des toniques, des potions alcoolisées.

Enfin, si des complications surviennent, on instituera les traitements appropriés à chacune d'elles.

OBSERVATIONS

Observation II (1).

Hôpital de la Maternité. Service de M. Porak.

Galactophorite traitée par l'expression.

Louise Cha...,primipare, accouchée spontanément le 26 janvier 1907. Les seins étant volumineux, on fait de la compression aussitôt après l'accouchement.Sortie le 10 février 1907.Le 23 février, la femme revient consulter, pour une douleur vive siégeant au niveau de la face inféro-externe du sein gauche. Elle éprouve, en plus, des malaises vagues, de légères douleurs de tête, accompagnées de pesanteur ; elle n'a pas d'appétit et ne prend que du bouillon à dîner depuis deux jours.

Elle rentre alors à l'hôpital le 23 février.

La température rectale est 38° 9.

Vers le milieu de la nuit la malade est saisie d'un grand frisson suivi d'abondantes sueurs ; la céphalalgie augmente,elle essaye une ou deux fois de se lever, mais les étourdissements l'obligent à se recoucher aussitôt.

1. Voir *observation I*, page 65.

Le 24 février. — A 8 heures du matin, la température est de 40° 2. Frisson d'une demi-heure. Le sein est douloureux, on le couvre de compresses boriquées.

La partie du sein située immédiatement au-dessous et en dehors du mamelon est chaude et rouge.

L'expression fait sourdre du pus par le mamelon. On souille trois compresses, et cependant le sein n'est point encore complètement vidé.

Température du soir : 38° 8. On fait une nouvelle expression.

Le 25 février. — Le pus s'écoule encore en grande abondance par le mamelon. Deux fois par jour, régulièrement, on exprime le pus du sein. On applique ensuite des compresses humides chaudes ; et on maintient le tout avec un bandage de corps.

Le 26 février. — Température du matin : 37° 8. On ne fait plus sortir par le mamelon que quelques gouttes de pus. Le soir la température est de 37° 3.

Le lendemain, 27 *février.* — La malade, qui a complètement recouvré l'appétit, se lève. Elle n'a plus de douleurs. L'expression du matin et celle du soir ne ramènent plus de pus du tout. Aussi remet-elle son enfant au sein et sort guérie le 28 février 1907.

Observation III

Maternité. Service de M. Porak.

Mammite intra-glandulaire. Expression.

Marie Ora..., primipare, accouchée le 19 avril 1907, spontanément.

Dès son accouchement, on lui nettoie rigoureusement les mamelons, dont la propreté n'était pas absolue.

Le 24 avril. — La température rectale monte à 38° 9. Les seins étaient encore normaux, il n'y avait aucune raison apparente pour expliquer la fièvre. La délivrance avait été complète. Aussi, se contente-t-on de lui administrer une verre d'eau de Sedlitz.

Le lendemain 25 *avril.*—La température du soir ayant atteint 39° 2, on fait un curettage utérin qui ne ramène rien. L'examen des culs-de-sac montre ceux-ci parfaitement normaux.

Après des oscillations irrégulières, sous l'influence du repos et de la glace, la température redescend progressivement à la normale et le 6 mai la fièvre est nulle..

Mais le 12 *mai*, la température remonte à 37° 6. Malaise général, inappétence, céphalalgie. Le sein droit devient lourd et douloureux. A l'examen on constate une tumeur dure, douloureuse, faisant corps avec la glande dont elle partage la mobilité sur les plans profonds.

L'expression du sein fait sortir par le mamelon une grande quantité de pus. Le lendemain matin, 13 mai, la température est de 37° 9. L'abattement est tout aussi prononcé que la veille. On exprime à nouveau le sein, à fond et, le soir, on recommence.

Température du soir : 37° 8.

Le jour suivant, 14 *mai*, la température est de 38° 3. On continue toujours le même traitement. Les compresses chaudes sont renouvelées quatre fois par jour.

Le 15 mai.— Température du matin : 37° 7, celle du soir : 38°.

Le 16 mai.—Température : 37° 5. Il n'y a presque plus de pus. Le sein n'est plus que très peu sensible à la pression.

Le 17 mai. — L'expression ne ramène plus que du lait pur. Et comme ce fait est constaté deux fois on remet l'enfant au sein de sa mère.

Le 19 mai. — La femme quitte l'hôpital complètement guérie et ne gardant plus aucune trace de sa mammite.

Observation IV

Recueillie par Mlle Michel, sage-femme à la Maternité, service de M. Porak. — Éther.

Julie Pa..., secondipare, accouchée spontanément le 5 août 1907, dans de bonnes conditions.

Le 8 août. — Elle se plaint de douleurs au sein gauche. Par l'examen local, on constate, dans la région inféro-externe, une masse dure, légèrement bosselée, n'adhérant pas à la glande, par rapport à laquelle elle est absolument mobile. La peau est un peu rosée et chaude. Température : 38°6.

L'expression du sein reste négative : on ne fait sortir par le mamelon que du lait pur. Il s'agit donc d'une inflammation extra-glandulaire.

Néanmoins, l'allaitement est suspendu du côté malade. On savonne soigneusement la peau jusqu'à ce que, sous l'influence du brossage, elle devienne franchement rouge. Des compresses, abondamment imbibées d'éther, sont ensuite appliquées sur la partie ainsi nettoyée ; on recouvre de taffetas gommé et on maintient le tout à l'aide d'un pansement légèrement compressif.

Dans la journée, nous revenons plusieurs fois, toutes les demi-heures environ ; nous enlevons les épingles qui maintiennent le bandage de corps. Puis, sans ôter le taffetas ni les com-

presses, nous soulevons un coin de ces dernières et y versons une petite quantité d'éther.

Le lendemain matin, 9 *août*, la température centrale est de 38°2. L'expression ne ramène toujours pas de pus par le mamelon. Le pansement est, cette fois, complètement changé. Et, sans brosser à nouveau la région, qui, du reste, paraît un peu irritée, nous appliquons le même pansement à l'éther que la veille. Le soir la température est de 38°.

Le 10 *août.* — Température 37°7. Le noyau inflammatoire a manifestement diminué de volume. Néanmoins, au centre, la tumeur semble ramollie et fluctuante. Mais comme les téguments n'étaient plus chauds du tout, et que, dans son ensemble, la mammite était améliorée, on retarde l'incision. Les compresses imbibées d'éther sont toujours appliquées.

Le 11 *août.* — La température rectale est de 37°3. Localement, aucune douleur, ni spontanée, ni provoquée. La peau est un peu ratatinée, ridée. En un point même l'irritation, provoquée par le brossage, est vive et présente un aspect eczématiforme. La petite zone ramollie n'a pas encore changé de consistance. On continue le pansement à l'éther.

Le 12 *août.* — Température rectale : 37° 2. État général excellent, douleur nulle. On cesse l'application d'éther. On vaseline largement la peau irritée. La partie ramollie est déjà moins étendue que les jours précédents.

Le 15 *août.* — La femme sort complètement guérie, sans garder aucune trace de sa mammite.

Observation V

Maternité. Service de M. Porak.

Éther et expression

Élise Bi..., primipare, accouchée spontanément, chez une sage-femme agréée ; galactophorite du sein gauche. Entre le 6 août 1907.

Ce dernier est volumineux, lourd, tendu. La pression fait sortir à la surface du mamelon, par les orifices des canaux galactophores, une matière semi-liquide,qui présente les caractères objectifs du pus. On en fait sortir une certaine quantité et on en examine une goutte au microscope.Il s'agissait bien de pus, de pus franc,à staphylocoques pyogènes dorés et blancs,comme l'ont montré, surtout, les cultures sur gélose. — Température: 38° 5.

Le 7 août. — La température est de 37° 8. On procède à l'élimination de tout le pus par des expressions répétées.

Immédiatement après, le sein est brossé longuement, mais doucement et savonné. Puis, on applique le pansement à l'éther.

Deux fois par jour, on fait l'expression aussi complète que possible de la glande. Plusieurs fois dans la journée on verse de l'éther sur les compresses qui recouvrent le sein.

Le 7 août au soir. — Température : 38°.

Le 8 août. — Température matinale : 37° 7. L'état général, assez déprimé la veille, se relève. L'expression de la glande ramène moins de pus.On continue le même traitement combiné : expression et éther. Température du soir : 37° 8.

Le 9 août. — Une détente se produit : la température centrale n'est plus que de 37° 4. L'état général est très bon. En exprimant la glande on ne ramène plus que très peu de pus.

Le soir on ne trouve plus de pus du tout.

Le 10 août et à deux reprises différentes.— L'expression reste toujours négative. La température est de 37° 2, l'appétit est redevenu excellent. La malade quitte l'hôpital guérie, le 12 août 1907.

Observation VI

Maternité. Service de M. Porak.

Éther

Ernestine Vig...,primipare, accouchée le 10 septembre 1907.

Le 19 septembre. — La femme est prise, dans la nuit, de frissons répétés qui durent, selon ses dires, jusqu'au matin. Malaise céphalalgie, langue chargée. Température centrale : 39° 2.

En même temps, elle accuse une douleur au niveau du sein droit. Celui-ci est rouge, présente des traînées lymphangitiques, les ganglions axillaires sont engorgés. L'expression mammaire ne ramène rien par le mamelon. On sent, sous la peau, une tumeur dure, circonscrite, du volume d'une noix, mobile par rapport à la glande. Les douleurs sont très vives.

Aussi est-ce avec une très grande douceur et sans se servir de la brosse que l'on nettoie la peau du sein malade. Puis on applique le pansement à l'éther avec tous les soins qu'il comporte.

Température du soir :40° 2.

Le 20 septembre. — Température du matin : 38° 8, le soir : 39° 1.

Le 23 septembre. — Grande amélioration. Température du matin : 37° 8 ; le soir : 38° 2. Localement, les phénomènes inflammatoires sont manifestement amendés, le noyau de mammite diminué et presque indolore.

Le 24 septembre. — L'autre sein se prend à son tour. La température remonte à 39° 5. Le sein est lourd, engorgé. On l'exprime à fond, toujours sans en faire sortir autre chose que du lait.

Le pansement à l'éther est dès lors appliqué aux deux seins.

Le 27 septembre. — Le sein primitivement malade, le droit, est complètement guéri. Le gauche est considérablement amélioré. L'état général est déjà assez bon, mais la température monte encore, le soir à 37° 8.

Enfin, après des oscillations irrégulières, la température atteint la normale, les deux seins sont complètement guéris et la malade quitte l'hôpital le 3 octobre 1907.

Observation VII

Abcès du sein à streptocoques chez une femme enceinte (5 à 6 cc. de pus) (Chirié et David).

Électrargol

Mme C..., enceinte de quatre mois, entre le 11 octobre 1906 à la Maternité pour un abcès du sein gauche. Nous la voyons le 12 octobre ; il existe dans la partie inférieure et interne du sein une tuméfaction, du volume d'une grosse noix, tendue, très douloureuse. En exprimant, nous faisons sourdre du pus par le mamelon. Cette poche est vidée par expression aussi complètement que possible et nous appliquons un pansement humide et compressif très chaud qui est renouvelé le soir. Le 13 octobre, aucune amélioration ; la zone inflammatoire paraît avoir même augmenté. Nous pratiquons alors une ponction aspiratrice avec une aiguille et une seringue de Roux ; nous retirons, environ, 5

à 6 centimètres cubes d'un pus jaune-verdâtre, mélangé de sang, épais, bien lié.

L'examen sur lames nous permet d'y reconnaître une grande quantité de chaînettes prenant le Gram. Les caractères de cultures nous ont permis de dire qu'il s'agissait d'une infection à streptocoques.

Le sein évacué est lavé avec la solution d'argent d'autant plus facilement que, sous pression, le liquide ressort par le mamelon. Nous laissons 4 à 5 centimètres cubes de liquide dans la poche.

Pansements humides et compressifs chauds à 48°. Dans la journée, la malade ne souffre pas de douleurs fortes. Le soir même traitement.

L'examen du pus au bout de vingt-quatre heures de traitement est remarquable ; le pus d'un jaune-brunâtre est bien plus liquide, les chaînettes ont considérablement diminué.

Même traitement, amélioration manifeste.

14 *octobre.* — *Idem*, aucune rougeur, pas de douleur.

15 *octobre.* — *Idem.*

16 *octobre.* — *Idem* ; il n'y a pas de pus, nous exprimons seulement le sein ; il vient par le mamelon un liquide clair jaunâtre.

17 *octobre.* — Expression matin et soir, *idem.*

18 *octobre.* — Tout est fini, noyau dur à la place de l'abcès.

1 r *novembre.* — Plus de traces profondes de l'abcès, guérison complète, sans trace aucune de la piqûre.

Observation VIII

Gros abcès du sein gauche, à pneumocoques, 50 centimètres cubes de pus (Chiriè et David).

Électrargol

Mme M..., âgée de 21 ans, primipare, accouchée à la Maternité le 13 octobre 1906. Elle présente le 30 octobre une galactophorite du sein droit, qui aboutit à un volumineux abcès, traité par les incisions.

21 *novembre.* — La malade souffre beaucoup de son sein gauche ; on note un gonflement assez marqué de la partie supéro-externe du sein ; à ce niveau la peau est rouge, tendue, la fluctuation évidente, il y a une collection liquide assez superficielle, grosse comme une mandarine.

Nous faisons une ponction avec un fin trocart de l'appareil Potain et nous pratiquons l'aspiration du pus avec ce même appareil ; nous retirons une grande quantité de pus épais, vert couleur purée de pois. La cavité est lavée avec la solution d'argent et nous laissons 10 centimètres cubes de liquide dans la poche.

L'examen du pus décèle l'existence du pneumocoque pur, en diplocoques, encapsulés, prenant le Gram. L'ensemencement sur bouillon et gélose confirme l'examen microscopique.

Le même soir, la douleur a considérablement diminué ; la température est à 38°. L'aspiration ne ramène presque pas de pus.

Lavage de la poche dans laquelle nous laissons une petite quantité d'argent.

23 *novembre.* — La malade ne souffre plus du tout. Le gonflement a disparu, la rougeur de la peau diminue. La température est normale. Nous ne retirons presque pas de pus; l'examen microscopique nous montre une diminution évidente des éléments microbiens. Le même traitement est continué deux fois par jour, l'amélioration est progressive et continue; la cavité se comble peu à peu; nous ne pouvons y injecter que des quantités de plus en plus faibles.

28 *novembre.* — Sept jours après la première ponction, la guérison est complète ; la peau a repris son apparence normale, la palpation ne dénote aucune induration ; la malade n'accuse pas la moindre douleur ; il est impossible de voir qu'il y a eu un abcès à ce niveau. Il ne reste comme traces de l'abcès que le trajet du trocart et une légère érosion superficielle produite par lui. Le traitement est cessé.

En revanche, le sein droit, traité par la méthode ordinaire, continue à suppurer.

Observation IX

Volumineux abcès du sein gauche à streptocoques.
200 centimètres cubes de pus.
Électrargol (Chirié et David)

Mme F..., âgée de 21 ans, accouchée le 26 août à la Maternité revient à l'hôpital le 20 septembre 1906 pour un abcès du sein droit qui est incisé largement le 21 septembre. Traitement habituel; amélioration. Au bout de dix jours, nouvel abcès toujours à droite (volumineux), incisé le 2 octobre, et pansé avec des mèches imbibées d'argent colloïdal. Ces pansements amènent une

diminution rapide de la sécrétion purulente, mais, malgré tout, il persiste un léger suintement.

20 *octobre*. — Nous trouvons au niveau du sein gauche, un petit abcès de la grosseur d'une noix; nous le ponctionnons sans l'inciser, nous aspirons le pus à l'aide d'une seringue et nous y injectons 3 centimètres cubes de la solution d'argent colloïdal. Le traitement est continué deux fois par jour et amène une guérison complète en sept jours.

20 *novembre*. — La malade recommence à souffrir un peu de son sein gauche qui augmente un peu de volume ; la douleur et le gonflement s'accentuent pendant huit jours.

Nous revoyons la malade le 24 novembre ; elle se plaint alors de douleurs très violentes ; le sein est énorme ; la peau, lisse, tendue, est d'un rouge livide, sillonnée de veinosités ; la palpation est extrêmement douloureuse et décèle une grosse fluctuation à la partie supéro-externe du sein.

M. Macé nous autorise à appliquer notre traitement et nous donne quatre jours pour obtenir une amélioration et surseoir à l'incision.

A 10 heures du matin, nous faisons une ponction avec l'aspirateur Potain et un fin trocart. Nous retirons 200 centimètres cubes de pus vert bien lié.

L'examen bactériologique et les cultures, nous donnent de nombreuses chaînettes et streptocoques, surtout de formes longues. Nous faisons un grand lavage à l'argent colloïdal et nous laissons 40 centimètres cubes dans l'abcès.

Le soir, la malade n'a pas souffert depuis la ponction ; le sein a beaucoup diminué de volume ; la peau est moins rouge et moins tendue. Une nouvelle ponction ne ramène que quelques grammes de liquide séro-sanguinolent. La température est à 37°8.

30 *novembre.* — Le sein est beaucoup moins gros que la veille, la ponction retire environ 30 centimètres cubes de liquide chocolat.

1er *décembre.* — Même traitement, le sein est de nouveau gros et rouge, la malade ne ressent aucune douleur. Nous faisons une ponction avec notre trocart que nous laissons à demeure. Nous retirons 30 centimètres cubes de liquide brunâtre ; lavage à l'argent colloïdal et injection de 40 centimètres cubes.

Les jours suivants le sein reste un peu gros et rouge, mais absolument indolore. Nous ne retirons plus par notre trocart à robinet qu'une quantité très médiocre de liquide séro-purulent, mais nous injectons une plus grande quantité d'argent, de façon à bien distendre la poche.

Malheureusement, le 3 décembre, il nous arrive un petit accident par suite d'une erreur d'une infirmière, chargée de faire le vide ; au lieu d'aspirer, nous refoulons de l'air sous pression dans le sein qui est brutalement distendu. Nous avons de la peine à chasser complètement l'air qui s'est infiltré dans les mailles du tissu cellulaire et entre les lobes glandulaires.

6 *décembre.* — Le gros abcès est en bonne voie de guérison, nous ne retirons que 3 centimètres cubes de pus. La cavité paraît s'être considérablement rétractée ; elle n'avait plus que 20 centimètres cubes de liquide.

Mais nous remarquons que la partie supéro-interne du sein paraît volumineuse ; la peau, à ce niveau, d'apparence normale, est souple, sans rougeur, indolore ; température : 37° ; mais la fluctuation est très nette ; nous faisons une ponction qui ramène 10 centimètres cubes de pus verdâtre mélangé de bulles gazeuses. Cette poche vidée, nous sentons de la fluctuation dans la

portion du sein plus interne, et immédiatement sous-jacente. Il existe en effet une autre cavité dont nous retirons par ponction à peu près 10 centimètres cubes de pus mélangé d'air et dans laquelle nous injectons 10 centimètres cubes d'argent.

Il nous paraît évident que ces deux abcès secondaires sont dûs à l'emphysème interstitiel que nous avons créé trois jours auparavant.

L'air, en traversant la cavité primitive, encore purulente, s'est chargé de germes et a ensemencé les parties avoisinantes du sein ; d'ailleurs, les examens nous ont également donné du streptocoque, mais en chaînettes plus courtes et ne prenant pas le Gram.

Les différences des réactions colorantes et de la morphologie de ces streptocoques peuvent correspondre à une atténuation de la virulence du germe et s'accordent avec l'allure physique de ces abcès ; absence de rougeur, de douleur et de réaction fébrile.

D'ailleurs, leur évolution fut très rapide et la guérison complète au bout de quatre jours.

Quant à l'abcès primitif, il est également très amélioré ; l'expression ne ramène plus que quelques gouttes de liquide séro-sanguinolent. Nous cessons les lavages et les injections à l'argent et ne faisons plus que l'expression deux fois par jour.

La guérison est complète le 16 décembre ; il persiste une légère induration du sein dans la partie supéro-externe ; cette région correspond au premier abcès traité.

Aucune douleur n'est accusée par la malade, et quand nous exprimons ce sein, l'orifice de l'abcès étant complètement fermé nous faisons sourdre par le mamelon à plusieurs reprises, un liquide clair, filant, d'un jaune ambré. Nous croyons que l'in-

duration disparaîtra à la longue avec un traitement approprié. Pansements très chauds ; massage de la région.

Actuellement, le sein a repris son volume et sa forme normales ; il n'existe pas de cicatrices. Le traitement a duré en tout vingt-six jours.

Observation X

Abcès du sein à staphylocoques incomplètement collecté. Guérison rapide.

Électrargol (Chirié et David).

Mme M... entre à la maternité le 15 décembre 1906 pour un abcès du sein droit, sur les conseils de M. Macé qui veut bien nous confier cette malade. Il existe à la partie interne du sein une tuméfaction dure, rouge, douloureuse, du volume d'une grosse mandarine. La palpation montre partout de la résistance, plutôt qu'une fluctuation nette ; le traitement est commencé le soir même.

15 *décembre.* — A 5 heures du soir, ponction avec notre trocart, premier modèle ; nous retirons 10 à 15 centimètres cubes de pus épais, parsemé de débris sphacélés comme dans un furoncle. Lavage à l'argent, injection de 20 centimètres cubes dans la cavité. Les examens bactériologiques et les cultures nous ont donné du staphylocoque.

16 *décembre.* — Même traitement ; le soir le pus est moins épais ; nous vidons le sein par expression après avoir retiré le trocart ; celui-ci est ensuite remis en place, puis nous procédons au lavage et injectons 20 centimètres cubes d'argent. Il existe toujours dans le pus des débris filamenteux purulents.

17 *décembre.* — Même traitement ; le sein est moins rouge,

le liquide que nous retirons est plus clair. Lavage, injection de 15 centimètres cubes.

18 *décembre*. — Le mieux persiste ; même traitement ; injection de 15 centimètres cubes.

19 *décembre*. — La quantité de liquide évacué a encore diminué, la rougeur a presque complètement disparu. Même traitement, 10 centimètres cubes d'argent.

20 *décembre*. — La guérison nous semble prochaine, nous donnons un bain d'argent pendant une heure, et le trocart est retiré ; cette malade, actuellement en traitement depuis six jours seulement est déjà presque complètement guérie.

Nous croyons pouvoir cesser notre traitement.

Observation XI

Électrargol (Chirié et David).

Nous avons enfin traité par l'argent une cinquième malade enceinte de sept mois et demi qui entra à la Maternité pour abcès multiples du sein droit (6 dans le même sein). Un de ces abcès était déjà ouvert, au niveau du mamelon. Pour éviter des cicatrices multiples, nous nous efforçons de faire communiquer toutes les cavités purulentes avec la cavité primitive, et nous pratiquons des lavage à l'argent ; nous obtenons une amélioration considérable ; mais, malgré la peine que nous nous sommes donnée pour obtenir un bon résultat, nous avons été obligés d'inciser ce sein et cette femme qui est guérie actuellement porte huit grandes cicatrices radiées.

L'insuccès tient à plusieurs causes. D'abord, malgré tous les artifices que nous avons employés, il était impossible de faire

rester l'argent dans la cavité purulente, car l'orifice que présentait l'abcès, à l'arrivée de la malade, était trop considérable.

D'autre part, nous avons eu tort de réunir les divers abcès et de les faire communiquer; il aurait certainement mieux valu les traiter chacun de son côté.

C'est à ces fautes de technique (c'était au début de nos essais de traitement) et non à la méthode, que nous attribuons ces insuccès; d'ailleurs cette expérience nous a largement profité.

Observation XII

Maternité. Service de M. Porak.

Méthode de Bier. Électrargol.

Mme X..., primipare, accouchée en ville, le 15 octobre 1907, chez Mme Debonnet, sage-femme agréée de la Maternité.

Après les onze jours réglementaires, elle est ramenée à la Maternité, pour qu'on la fasse partir de là dans une maison de convalescence.

A la réception, on constate que cette femme présente de la température, 38°2 Pouls : 84. Comme d'autre part, elle accuse une douleur assez légère dans le sein droit, elle est admise aussitôt, salle Tarnier, n° 6.

Au niveau du sein, on ne remarque qu'un peu de rougeur et un petit noyau inflammatoire, du volume d'une noix. L'expression reste négative. Il s'agit, évidemment, d'une mammite extra-glandulaire.

On applique la méthode de Bier le 26 octobre. Comme, d'autre part, l'utérus est encore perméable, on lui donne des injections intra-utérines, matin et soir.

Les séances de la méthode de Bier sont pratiquées deux fois par jour, la ventouse reste en place une heure chaque fois.

Les 27, 28 et 29 *octobre.* — On continue la méthode de Bier, mais sans résultat appréciable. La température reste élevée : le 30 *octobre* la fièvre est de 39°6, le 1er *novembre* elle monte à 40°1. L'état général est assez mauvais.

Enfin, localement, une collection purulente s'est formée. La fluctuation est nette.

Le 4 *novembre* 1907. — On ponctionne l'abcès ; on en évacue le pus. aussi complètement que possible. C'est du pus franc bien lié, et, au microscope, on trouve des staphylocoques.

On injecte dans la poche 20 centimètres cubes d'électrargol, que l'on abandonne dans la cavité de l'abcès. Des compresses humides, chaudes, sont appliquées sur le sein.

Le soir du même jour, on fait une nouvelle évacuation du pus, suivie d'une nouvelle injection d'électrargol.

On continue le même traitement les jours suivants. Le 6 *novembre*, la température est descendue à 37°3.

Le 8 *novembre.* — On cesse les injections d'électrargol. On retire la canule qui était restée en place tout le temps. Une sérosité jaunâtre s'écoule, qui diminue les jours suivants. Et le 11 novembre la femme quitte l'hôpital complètement guérie, sans cicatrice aucune.

Observation XIII

Maternité. — Service de M. Porak.

Bier. Électrargol. Électraurol.

Mme X..., 28 ans, secondipare, accouchée spontanément le 13 novembre 1907.

Le 22 novembre. — Cette femme est prise d'une douleur sourde dans le sein gauche, en même temps que la température monte à 38°5.

A l'examen, on trouve, sous une peau, d'aspect absolument normal, une tuméfaction irrégulière, indépendante de la glande, dure et douloureuse. Les ganglions axillaires sont indemnes.

L'expression ne ramène rien par le mamelon. On applique immédiatement la ventouse de Bier, on y fait le vide à l'aide de l'appareil Potain et, toutes les cinq minutes, on l'enlève pour la remettre quelques secondes après. Et cela pendant une heure, deux fois par jour.

Malgré toutes les précautions prises, la femme, très nerveuse, il est vrai, supporte mal la ventouse. La température du soir est de 39° 2.

Le lendemain, 23 novembre, on continue le même traitement. Dans l'intervalle des séances de stase, on recouvre le sein de compresses humides chaudes. Le soir, température : 39° 5.

On continue le même traitement jusqu'au 26 novembre. A ce moment, l'altération de l'état général, les sueurs, l'ascension thermique à 40° 2, indiquent la formation d'une collection purulente.

Et, de fait, l'examen local montre une poche fluctuante. Dès lors, on abandonne la méthode de Bier et l'on a recours à l'électrargol.

On continue les injections d'électrargol jusqu'au 30 novembre. Le 3 décembre la femme quitte l'hôpital complètement guérie, ne gardant aucun vestige de sa mammite.

CONCLUSIONS

I. — Les cicatrices consécutives aux incisions des abcès circonscrits de la mamelle sont, très souvent, pour la femme une source de souffrances morales, que le médecin doit pouvoir lui épargner. De plus, ces cicatrices peuvent quelquefois être telles, qu'elles compromettent l'allaitement de façon irrémédiable.

On doit, et actuellement, on peut, presque toujours, éviter ces cicatrices.

II. — Une *prophylaxie* sévère permettra, dans l'immense majorité des cas, de rendre impossible l'apparition d'une mammite, en éloignant de la femme toutes les causes d'infection. Pour être efficaces, les moyens prophylactiques doivent être précoces et s'adresser simultanément à la mère, à son enfant et à leur entourage immédiat.

III. — La production d'une mammite non encore suppurée ne nous trouve point désarmés. Nous pouvons la faire régresser et, à tout prix, nous devons éviter la formation d'une collection purulente.

1° La *compression* à elle seule est un moyen bien précaire.

2° L'*expression* méthodique du contenu de la glande, selon le procédé indiqué et vulgarisé par Budin, est d'une efficacité surprenante, et d'une simplicité parfaite. Malheureusement, seules les mammites intra-glandulaires peuvent en bénéficier, car seules elles communiquent avec les canaux galactophores qui leur servent, en quelque sorte, de drains.

3° La *réfrigération* est non moins efficace et présente l'avantage de pouvoir être utilisée contre toutes les mammites aiguës, intra ou extra-glandulaires.

Les applications d'*éther sulfurique*, selon la technique indiquée par Souligoux et adoptée et préconisée par Tillaux, ont à leur actif de très nombreux succès.

4° La *méthode de Bier* a donné de bons résultats à quelques auteurs. Pour notre part, nous n'avons pu en observer que des échecs.

5° La combinaison, l'emploi simultané des procédés que nous venons d'énumérer, augmente les chances de succès.

6° Contre une seule mammite, la mammite éberthienne, nous possédons un sérum spécifique, le *sérum antityphique* de Chantemesse.

IV. — En présence d'une collection purulente, aiguë et circonscrite, nous pouvons encore guérir la malade sans lui infliger une cicatrice, grâce aux méthodes suivantes, dont une, la dernière, est d'une très puissante efficacité.

1° *Le procédé de Thiriar*, de Bruxelles, qui consiste

dans le passage d'un courant d'oxygène pur à travers la poche, après avoir évacué son contenu à l'aide d'un trocart, semble avoir donné des résultats encourageants.

2° *La méthode de Bier* a réussi entre les mains de quelques auteurs.

3° Les injections d'*argent colloïdal*, selon le procédé de Chirié-David, amènent la guérison certaine des mammites suppurées aiguës, circonscrites, sans laisser aucune cicatrice.

V. — A l'apparition d'une complication purulente on doit, sans retard, faire appel au traitement chirurgical, sans même tenter le traitement purement médical.

Vu : le Président de la thèse :
CHANTEMESSE

Vu : le Doyen :
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

ARBEL. — De la galactophorite. *Th. de Paris*, 1890.

BONAN. — Abcès du sein pendant la grossesse. *Th. de Montpellier*, 1903.

BOUCHACOURT. — Maladies des mamelles dans leur rapport avec la lactation et l'allaitement. *Dictionnaire encyclopédique des sc. médicales*. Paris, 1871.

BUDIN. — De la galactophoro-mastite. Leçon faite à la clinique d'accouchements, 1888.

CATALIOTTI. — De la galactophorite. *Th. de Paris*, 1889.

CAZEAUX. — Traité pratique de l'art des accouchements.

CHASSAIGNAC. — Mémoire sur le traitement chirurgical des abcès du sein. *Gaz. méd. de Paris*, 1855, p. 40, 57, 609.

CHIRIÉ ET DAVID. — Communication à la Société d'obstétrique. *Séance du 19 décembre* 1906.

DELAGENIÈRE. — Contribution à l'étude de la stase hyperhémique passive comme méthode thérapeutique ou méthode de Bier. *Journal de Lucas Championnière*, 25 mars 1907.

DELBET. — Traité Duplay-Reclus. T. V.

FOLLIN ET DUPLAY. — Traité de Path. ext. T. V. Paris, 1878.

GONTIER. — Traitement des phlegmasies du sein par la réfrigération. *Th. de Paris*, 1901.

GOSSELIN. — Clinique chirurgicale de la Charité, 1879, t. II, p. 278.

JOURDA. — Abcès du sein chez le nouveau-né. *Th. de Paris*, 1889.

LANNELONGUE. — Mamelles. *Dict. de méd. et de chir. prat.* Paris, 1875.

LEGRIS. — Ophthalmie et abcès du sein. *Progrès médical*, 1887.

LEHALLAIS. — Étiologie et traitement des abcès parenchymateux du sein chez les nouvelles accouchées. *Th. de Paris*, 1878.

LEPAGE. — *Revue d'Hygiène*, 1894.

MENDAILLES. — Mastites puerpérales. *Th. de Paris*, 1895.

MÉRITT (M^me^). — Quelques recherches sur le rapport des crevasses du mamelon aux abcès du sein. *Th. de Paris*, 1887.

NÉLATON. — Pathologie chirurgicale, t. IV, Paris, 1857.

PIAUTE. — Étude sur la genèse et le traitement des abcès du sein. *Th. de Lyon*, 1885.

PILLET. — La méthode de Bier. *Journal des praticiens*, 7 décembre 1907.

RIBEMONT-DESSAIGNE ET LEPAGE. — Précis d'obstétrique.

ROUZAUD. — Fréquence, prophylaxie et traitement des crevasses du mamelon. *Th. de Paris*, 1907.

TARNIER ET BUDIN. — Traité de l'art des accouchements.

TEISSEIRE. — Traitement des gerçures du sein par l'orthoforme. *Th. de Paris*, 1898.

THIRIAR. — Traitement des abcès chauds du sein par la méthode oxygénée. *Acad. royale de méd. de Belgique*, 28 mai 1904.

TRIPIER. — Mamelles. *Dict. encyclop. des sc. méd.* Paris, 1871.

TUFFIER. — Méthode de Bier. Séance du 13 février 1907 à la *Soc. de chirurgie.*

VELPEAU. — Traité des maladies du sein. Paris, 1858.

VITEL. — Abcès du sein pendant la grossesse chez les primipares. *Th. de Paris*, 1903.

WINCKEL. — Die Pathologie und therapie des Wochenbettes. Berlin, 1869, 2^e^ édit.

Imprimerie des Facultés, A. MICHALON, 26, rue Monsieur-le-Prince, Paris